Электронная цифровая подпись

Прохоренко Инга Олеговна
FC93E96BC8C211E9

Букнова Елена Борисовна
FC93E86AC8C211E9

Утверждено 26 мая 2022 г
протокол № 5
председатель Ученого Совета Прохоренко И.О.
ученый секретарь Ученого Совета Букнова Е.Б.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.53 Эндокринология

Самара

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.53 Эндокринология (далее – образовательная программа, программа ординатуры, ОПОП ВО) разработаны сотрудниками Медицинского университета «Реавиз» под руководством ректора Медицинского университета «Реавиз» – д.м.н., профессора И. О. Прохоренкоа на основе Приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 100 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология» (далее – ФГОС ВО).

Информация о языках,
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.

В частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «Реавиз» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

© Медицинский университет «Реавиз»

1. ВЫПУСКНИК ОСВОИВШИЙ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ СЛЕДУЮЩИМИ ЗНАНИЯМИ, УМЕНИЯМИ И НАВЫКАМИ

Содержание программы ГИА

Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза

Знания:

Основные клинические проявления заболеваний и (или) состояний нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и системы крови, приводящие к тяжелым осложнениям и (или) угрожающие жизни, определение тактики ведения пациента с целью их предотвращения

Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"

Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы

Методика сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Методика осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Анатомо-функциональное состояние эндокринной системы организма в норме и у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы

Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Этиология и патогенез заболеваний и (или) состояний эндокринной системы

Современные классификации, клиническая симптоматика заболеваний и (или) состояний эндокринной системы

Современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний эндокринной системы

МКБ

Симптомы и особенности течения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Медицинские показания к использованию методов лабораторной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Заболевания и (или) состояния эндокринной системы, требующие направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Заболевания и (или) состояния эндокринной системы, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме

Заболевания и (или) состояния иных органов и систем организма человека, сопровождающиеся изменениями со стороны эндокринных органов

Умения:

Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Проводить осмотры и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях
Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей
Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Обосновывать и планировать объем инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Интерпретировать и анализировать результаты инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Обосновывать и планировать объем лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы.
Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Обосновывать и планировать объем дополнительных инструментальных исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Обосновывать и планировать объем дополнительного лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Обосновывать и планировать объем консультирования врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Интерпретировать и анализировать результаты консультирования врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Навыки:

Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на инструментальное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Обоснование и постановка диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности

Знания:

Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"
Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы

Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) эндокринной системы
Современные методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в эндокринологии; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
Методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний эндокринной системы; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
Принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний эндокринной системы; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
Порядок предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Умения:

Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Определять последовательность применения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии, хирургического вмешательства у пациентов с заболеваниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Назначать лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий
Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов риск
Назначать немедикаментозную терапию (лечебное питание, физические нагрузки) пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Проводить мониторинг эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств, разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к хирургическому вмешательству
Проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания
Назначать лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Назначать лечебно-оздоровительный режим пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Навыки:

Разработка плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Назначение немедикаментозной терапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Оценка эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Назначение лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств
Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся:
- гипогликемия и гипогликемическая кома;
- диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома;
- гиперосмолярная некетоацидотическая кома;
- лактат-ацидоз;
- острая надпочечниковая недостаточность;
- тиреотоксический криз;
- гипотиреоидная кома;
- острая гипокальцемия;
- гиперкальцемический криз

Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Знания:

Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы

Порядок оказания медицинской помощи пациентам по профилю "эндокринология"

Порядок организации медицинской реабилитации

Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы

Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе инвалидов по заболеваниям эндокринной системы

Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям эндокринной системы

Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов

Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов

Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, инвалидов по заболеваниям эндокринной системы

Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; требования к оформлению медицинской документации

Умения:

Определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Разрабатывать план реабилитационных мероприятий при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Проводить мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по

медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов.
Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы.

Навыки:

Составление плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Проведение мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.
Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Знания:

Порядок выдачи листков нетрудоспособности
Порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований
Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; требования к оформлению медицинской документации
Порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда

Умения:

Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы
Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров относительно наличия или отсутствия заболеваний и (или) состояний эндокринной системы

Навыки:

Проведение в составе комиссии отдельных видов медицинских освидетельствований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических
Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы и работа в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности
Подготовка необходимой медицинской документации для экспертизы пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
Направление пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы

Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

Знания:
Нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы
Принципы диспансерного наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами
Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики заболеваний эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Принципы и особенности проведения оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний эндокринной системы
Основы здорового образа жизни, методы его формирования
Принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования заболеваний и (или) состояний эндокринной системы
Умения:
Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний эндокринной системы
Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
Навыки:
Пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний и (или) состояний эндокринной системы
Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Назначение профилактических мероприятий для пациентов с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи
Контроль выполнения профилактических мероприятий
Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней
Заполнение и направление экстренного извещения о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней, отравления, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, укуса, ослюнения, оцарапывания животными в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор
Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний
Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
Оценка эффективности профилактической работы с пациентами

Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Знания:
Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "эндокринология", в том числе в электронном виде
Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии
Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "эндокринология"
Умения:
Составлять план работы и отчет о своей работе
Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа
Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения
Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"
Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом
Навыки:
Составление плана работы и отчета о своей работе
Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа
Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом
Проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну

Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

Знания:

Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей)

Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания

Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации

Умения:

Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации

Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)

Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме

Навыки:

Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме

Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме

Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)

Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме

Использование информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдение правил информационной безопасности

Современные информационные технологии и программные средства, применяемые в профессиональной деятельности

Правовые справочные системы

Актуальные библиографические ресурсы, электронные библиотеки, используемые в профессиональной сфере

Профессиональные базы данных

Базовые правила и требований информационной безопасности.

Применение основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценка качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Основы трудового законодательства, законодательства в сфере здравоохранения, нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации

Показатели, характеризующие деятельность медицинской организации

Показатели здоровья населения

Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации

Основы менеджмента

Основы бизнес-планирования
Принципы организации медицинской помощи
Стандарты менеджмента качества
Принципы управления качеством оказания медицинской помощи
Принципы оценки качества оказания медицинской помощи
Вопросы экспертизы качества оказания медицинской помощи, нормативную документацию по вопросам экспертизы качества медицинской помощи населению
Основные медико-статистические показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи
Порядок создания и деятельности врачебной комиссии.

Осуществление педагогической деятельности
Основные педагогические категории
Общепедагогические основы профессионального обучения в организациях медицинского профиля
Компетентностно-ориентированные образовательные технологии
Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность в сфере образования в Российской Федерации
Содержание основных нормативных документов, необходимых для проектирования образовательной программы и требования к ней.

Перечень вопросов, выносимых на 3-й этап государственного экзамена:

1. Сахарный диабет 2 типа: этиология, патогенез, патогенетические основы клинической гетерогенности
2. Дифференциальная диагностика при рецидивирующих гипогликемических состояниях у больных сахарным диабетом.
3. Вторичный и третичный гипотиреоз: клинические проявления, тактика терапии.
4. Показания и принципы назначения инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа; критерии компенсации заболевания.
5. Дифференциальная диагностика при синдроме гиперкальциемии.
6. Вторичный и третичный гипотиреоз: клинические проявления, тактика терапии.
7. Диабетическая макроангиопатия: особенности патогенеза, клинического течения и лечебных подходов; целевые показатели в лечении артериальной гипертензии и дислипидемии.
8. Сахарный диабет и беременность: гестационный сахарный диабет (патогенез, диагностика, лечение), лечение сахарного диабета 1 типа во время беременности и при её планировании.
9. Первичный гиперпаратиреоз: патогенез, диагностические критерии, клинические проявления, дифференцированный подход к лечению.
10. Синдром диабетической стопы: классификация, патогенез нейропатических язв, принципы лечения и реабилитации
11. Гипогликемическая кома: причины, дифференциальная диагностика с другими острыми состояниями, лечение, осложнения
12. Йододефицитные заболевания: эпидемиология, спектр заболеваний в разных возрастных группах, патогенез, профилактика.
13. Кетоацидотическая диабетическая кома: патогенез, диагностика, алгоритм лечения.
14. Диабетическая ретинопатия: этиология, стадии, методы лечения.
15. Подострый тиреоидит: патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Дислипидемии при сахарном диабете 2 типа: диагностика, дифференцированные подходы к лечению, целевые показатели липидного спектра.
17. Вторичный и третичный гиперпаратиреоз: этиология, патогенез
18. Эндокринная офтальмопатия: этиология, понятия об активности и тяжести заболевания, методы лечения.
19. Тиреоидиты (острый и хронические): этиология, патогенез, классификация, клиническая

картина, лечение.

20. Анатомия и физиология околощитовидных желез. Заболевания и состояния, приводящие к гипокальциемии.
21. Феохромоцитома. Клиническая картина. Клинические формы заболевания (пароксизмальная, постоянная, бессимптомная). Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
22. Качественное и количественное определение сахара в моче. Псевдоглюкозурия. Ренальная глюкозурия.
23. Эндокринная офтальмопатия. Клинические проявления.
24. Болезнь Грейвса: факторы определяющие выбор метода лечения.
25. Бигуаниды. Механизм действия. Показания. Противопоказания
26. Заболевания и состояния, сопровождающиеся развитием гиперкальциемии.
27. Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии эндокринного генеза.
28. Синдром галактореи: дифференциальная диагностика, тактика обследования
29. АКТГ-эктопированный синдром: тактика ведения, оценка эффективности
30. Синдромы множественных эндокринных неоплазий 1-го и 2-го типа: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение
31. Гипогликемическая кома. Принципы лечения осложнений сахарного диабета.
32. Диффузный токсический зоб. Этиология, патогенез, клиника.
33. Острая недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение.
34. Симптоматика основных синдромов гипотиреоза
35. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Особенности клинических проявлений. Лечение.
36. Гиперосмолярная кома.
37. Экспертиза трудоспособности больных сахарным диабетом. Санаторно-курортное лечение.
38. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АДГ.
39. Гипотиреоз. Первичный, вторичный, третичный. Этиология. Патогенез хранения и уничтожения запасов отравляющих веществ.
40. Гипогликемия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика
41. Дефицит йода и другие зобогенные факторы как причина и условия развития зоба.
42. Заболевания коры надпочечников. Синдром Иценко-Кушинга. Этиология и патогенез.
43. Синдромы гипергликемии, ацидоза, дегидратации, гипогликемии
44. Йоддефицитные болезни. Эндемический и спорадический зоб. Определение. Этиология.
45. Дифференциальная диагностика при выявлении объемного образования надпочечника.
46. Методика инсулинотерапии. Подбор дозы. Гликемический профиль.
47. Аддисонический криз, профилактика, лечение.
48. Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, клиническая картина, заместительная терапия.
49. Диета при инсулинотерапии, распределение сроков приема пищи в зависимости от срока его действия.
50. Неотложные состояния при заболеваниях околощитовидных желез
51. Инсулинотерапия. Препараты инсулина короткого действия, средней продолжительности действия. Показания для лечения инсулином.
52. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (болезнь Аддисона). Этиология и патогенез.
53. Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии кризового течения.
54. Акромегалия: диагностика, дифференциальная диагностика
55. Болезнь Иценко-Кушинга: МРТ-негативная аденома, тактика ведения
56. Пролактинома: резистентная, злокачественная – определение, тактика ведения.
57. Гормонально-неактивные аденомы гипофиза: эпидемиология, этиология, патогенез,
58. клиническая картина
59. АКТГ-эктопированный синдром: этиология, патогенез, клинические проявления, прогноз.
60. Дифференциальная диагностика при синдроме гирсутизма

2. ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Результат	Описание
Сформирована	Демонстрирует полное понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, или их большая часть выполнены.
Не сформирована	Демонстрирует незначительное понимание или непонимание проблемы. Многие или все требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

3. ЗАДАНИЯ I ЭТАПА «АТТЕСТАЦИОННОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ»

Оценка результатов освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 Эндокринология
(сформированность компетенций выпускника)

I этап. Аттестационное тестирование

Индекс учебного плана	Наименование дисциплины	Коды проверяемых компетенций
Б1.О.01	Эндокринология	*УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7, ОПК-8, ПК-1; ПК-2*
Б1.О.02	Общественное здоровье и здравоохранение	*УК-1; УК-3; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-9*
Б1.О.03	Научно-исследовательская деятельность	*УК-1; УК-2; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-9*
Б1.О.04	Гигиена и эпидемиология	*ОПК-8*
Б1.О.05	Педагогика	*УК-1; УК-4; ОПК-3*
Б1.О.06	Неотложная и экстренная помощь	*ОПК-10*

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

01. НАРУШЕНИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л):

1. натощак < 6,7 через 2 часа ≥ 7,8 и < 11,1.
2. натощак < 6,0 через 2 часа ≥ 6,1 и < 7,0.
3. натощак < 6,1 через 2 часа ≥ 7,2 и < 11,1.
4. натощак < 6,1 через 2 часа ≥ 7,8 и < 11,1.
5. натощак < 5,6 через 2 часа ≥ 7,8 и < 11,1.

Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: г

02. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

1. инфекции, лихорадке.
2. заболевании желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания.
3. поражение печеночной паренхимы.
4. синдроме Нонена (Нунана).
5. синдроме Клайнфельтера.

Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;

в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

03. НАРУШЕНИЮ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК СООТВЕТСТВУЕТ ГЛИКЕМИЯ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л):
1. 3,3-5,5.
2. < 5,5 и >6,2.
3. > 6,0 и < 7,0.
4. > 5,6 и < 6,1.
5. < 5,8 и >6,0.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: г

04. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВРАЧУ провести:
1. оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели.
2. оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии.
3. выявление гестационного диабета.
4.необходимую коррекцию лечебных мероприятий
4. оценку уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней).
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: в

05. НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:
1. определение посталиментарной гликемии.
2. исследование содержания глюкозы в ушной сере.
3. определение фруктозамина.
4. определение гликемии натощак.
5. определение гликированного гемоглобина.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: г

06. ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. тестирующие полоски (глюкотест, тесттайп, биофан и др.).
2. исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой.
3. сочетание укороченного СТГ с определением сахара в крови.
4. определение гликемии только натощак.
5. определение гликированного гемоглобина.

Варианты ответов:

а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: г

07. ДИАГНОЗ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК:

1. > 6,0 ммоль/л.
2. > 5,6 ммоль/л.
3. < 6,0 ммоль/л.
4. ≥ 6,1 ммоль/л.
5. > 5,8 ммоль/л.

Варианты ответов:

а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: г

08. УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ:

1. снижен при сахарном диабете 1 типа.
2. повышен при сахарном диабете 2 типа.
3. снижен в I фазу стимулированной секреции (при пробах с глюкозой) при сахарном диабете 2 типа.
4. значительно снижен при сахарном диабете 2 типа.
5. повышен после стимуляции глюкозой при сахарном диабете 1 типа.

Варианты ответов:

а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

09. НА ПОКАЗАТЕЛИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ОКАЗЫВАЮТ ВЛИЯНИЕ:

1. прием глюкокортикоидов, гипотиазида, салицилатов.
2. возраст больного.
3. характер пробы, взятой для исследования (капиллярная, венозная).
4. метод исследования сахара крови.
5. физическая активность.

Варианты ответов:

а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: д

10. ГЛЮКОЗУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:
1. почечного диабета.
2. беременности.
3. заболевания почек (пиелонефрита, хронического нефрита, нефроза).
4. хронического гепатита.
5. гипотиреоза.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

11. САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ:
1. определение гликемии.
2. определение глюкозурии, кетонурии.
3. ведение журнала регистрации результатов анализов.
4. контроль за массой тела и АД.
5. высокая степень комплаентности.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: д

12. ОВОЩИ И ФРУКТЫ СОДЕРЖАТ:
1. витамины.
2. микро- и макроэлементы.
3. клетчатку.
4. сорбит.
5. ксилит.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

13. ФРУКТОЗА, СОДЕРЖАЩАЯСЯ ВО ФРУКТАХ И ЯГОДАХ, СПОСОБСТВУЕТ:
1. образованию гликогена.
2. повышению мукополисахаридов в крови.

3. обладает антикетогенным действием.
4. не обладает гипохолестеринемическим эффектом.
5. ухудшению течения диабетической ангиопатии.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: б

14. ДОБАВЛЕНИЕ В РАЦИОН ПИЩЕВОЙ КЛЕТЧАТКИ СПОСОБСТВУЕТ:
1. снижению базальной и постпрандиальной гипергликемии.
2. уменьшению содержания холестерина и триглицеридов в сыворотке крови.
3. нормализации функции кишечника.
4. отсутствию влияния на эндогенный синтез витаминов.
5. повышению АД.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д
) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

15. ЗАМЕНИТЕЛИ САХАРА (КСИЛИТ, СОРБИТ, ФРУКТОЗА, МАНИТ) ОБЛАДАЮТ:
1. антикетогенным действием.
2. гипогликемизирующим действием.
3. желчегонным действием.
4. способностью уменьшать содержание сахара в моче.
5. способностью улучшать сердечную деятельность.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ;
д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: б

16. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
1. обострение ишемической болезни сердца.
2. кетоацидоз, диабетическая кома.
3. хронический пиелонефрит.
4. беременность и роды.
5. отсутствие эффекта от диетотерапии.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: в

17. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ПРОЯВЛЯЮТСЯ:
1. уртикарной генерализованной сыпью.
2. появлением на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения.
3. желудочно-кишечными проявлениями.
4. гипогликемией.
5. гипергликемией.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

18. ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ИНСУЛИН СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
1. антигистаминную терапию. 2. нагревание флакона с инсулином при температуре 60 С в течение часа. 3. кортикостероидную терапию. 4. увеличение дозы вводимого инсулина. 5. уменьшение дозы вводимого инсулина.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

19. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ИНСУЛИНОВЫХ ЛИПОДИСТРОФИЙ ОБУСЛОВЛЕНО:
1. качеством препаратов инсулина. 2. отсутствием воспалительной реакции в ответ на механическое разрушение клеток аутоиммунным процессом. 3. введением охлажденного инсулина. 4. декомпенсацией сахарного диабета. 5. попаданием инсулиновой иглы в сосуд.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: б

20. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ:
1. у детей 2. у лиц среднего возраста 3. у лиц молодого возраста 4. у лиц старше 60 лет
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: в

21. НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ ПРИ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:
1. изменением рефракции, обусловленной изменением кривизны хрусталика. 2. развитие выраженного хемоза. 3. кратковременной потерей зрения из-за развития гипогликемии. 4. развитием блефарита. 5. возникновением временной миопии при снижении сахара в крови.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;

в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: б

22. К развитию гипогликемии могут привести:
1. нарушение режима питания. 2. повышение физической активности. 3. стрессовые ситуации. 4. прием алкоголя. 5. передозировка инсулина.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

23. ГИПОГЛИКЕМИЯ СПОСОБСТВУЕТ:
1. прогрессированию микроангиопатий. 2. развитию свежих ретинальных кровоизлияний. 3. жировой инфильтрации печени. 4. развитию цирроза печени или нарушению мозгового кровообращения. 5. развитию инсулинорезистентности.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

24. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ:
1. а-адреноблокаторами. 2. внутривенным вливанием глюкозы. 3. внутримышечной инъекцией кломифена. 4. внутримышечной инъекцией глюкагона. 5. употребление алкоголя.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: в

25. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ИНСУЛИНА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
1. лабильным течение диабета. 2. частыми гипогликемическими реакциями. 3. прибавкой в весе. 4. потерей в весе. 5.сухостью кожи.
Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

26. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВКЛЮЧАЕТ:
1. уменьшение числа тканевых рецепторов инсулина. 2. стимуляцию секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы. 3. увеличение продукции глюкагона. 4. увеличение чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину.
Варианты ответов:

а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: в

27. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ СУЛЬФАНИЛАМИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сахарный диабет 2 типа. 2. инсулинорезистентность. 3. стероидный диабет. 4. сахарный диабет 1 типа. 5. нарушенная толерантность к глюкозе.

Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

28. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФАНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кетоацидоз. 2. беременность, роды, лактация. 3. заболевание крови (лейкопения, тромбоцитопения). 4. диабетическая нефропатия III стадии. 5. цирроз печени.

Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: д

29. САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СУЛЬФАНИЛАМИДОВ УСИЛИВАЕТ ОДНОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ:

1. алкоголя. 2. анаприлина. 3. мочегонных препаратов. 4. аспирина. 5. сальбутамола.

Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

30. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СУЛЬФАНИЛАМИДОВ ВКЛЮЧАЮТ:

1. желудочно-кишечные проявления. 2. аллергические реакции. 3. токсические нарушения функции печени. 4. потерю массы тела. 5. повышение тромбоцитов, лейкоцитов

Варианты ответов:
а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: а

31. В НАИМЕНЬШЕМ ПРОЦЕНТЕ ВЫДЕЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ ПОЧКИ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. хлорпропрамид. 2. гликлазид. 3. глибенкламид. 4. глюренорм. 5. минидиаб.

Варианты ответов:

а) если правильны 1,2 и 3 ответы;
б) если правильны 1 и 3 ответы;
в) если правильны 2 и 4 ответы;
г) если правилен 4 ответ; д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
Ответ: г

32. ИНЦИДЕНТАЛОМОЙ НАДПОЧЕЧНИКА НАЗЫВАЮТ ОБРАЗОВАНИЕ ВЫЯВЛЕННОЕ ПРИ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩЕМ ОБСЛЕДОВАНИИ
а) не по поводу патологии надпочечника, а в связи с другими причинами
б) по поводу предполагаемой, но не доказанной патологии надпочечника
в) и не имеющее гормональной активности по данным лабораторных тестов
г) у пациента, не имеющего данных о патологии надпочечников в анамнезе
Ответ: а

33. ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
а) не исключает у пациента двусторонней гиперплазии надпочечников
б) исключает наличие у пациента первичного гиперальдостеронизма
в) исключает наличие у пациента альдостеронпродуцирующей аденомы
г) не исключает наличие у пациента адренокортикального рака
Ответ: а

34. ГИПОКАЛИЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, НО НЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ НАРУШЕНИЕМ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ПРИ
а) первичном гиперальдостеронизме
б) надпочечниковой недостаточности
в) феохромоцитоме
г) адренокортикальном раке
Ответ: а

35. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ
а) позволяет оценить злокачественный потенциал образований, но не их гормональную активность
б) позволяет оценить злокачественный потенциал образований и их гормональную активность
в) позволяет оценить гормональную активность образований, но не их злокачественный потенциал
г) не позволяет оценить ни гормональную активность образований, ни их злокачественный потенциал
Ответ: а

36. ПРИ ГОРМОНАЛЬНО НЕАКТИВНЫХ ОПУХОЛЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МОНИТОРИНГ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ
а) показан при возникновении новых или прогрессировании имевших место клинических проявлений
б) показан через год после первичного обследования и далее 1 раз в 3 года
в) показан при увеличении размеров образования по данным компьютерной томографии
г) не показан вне зависимости от изменений клинической картины
Ответ: а

37. ПРИ НАЛИЧИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА (СУБКЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КУШИНГА (ССК)) И РЕШЕНИИ НЕ ПРОВОДИТЬ АДРЕНАЛЭКТОМИЮ

а) показан контроль кортизола и мониторинг коморбидных состояний (АГ, сахарного диабета, ожирения, остеопороза) ежегодно

б) показан контроль кортизола и мониторинг коморбидных состояний (АГ, сахарного диабета, ожирения, остеопороза) – 1 раз в 6 месяцев

в) показан контроль кортизола и мониторинг коморбидных состояний (АГ, сахарного диабета, ожирения, остеопороза) – 1 раз в 2 года

г) контроль кортизола и мониторинг коморбидных состояний не обязателен

Ответ: а

38. ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ» СЧИТАЕТСЯ УСТАНОВЛЕННЫМ БЕЗ ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ТЕСТИРОВАНИЯ В СЛУЧАЕ СОЧЕТАНИЯ

а) спонтанной гипокалиемии, неопределяемого уровня ренина или активности ренина плазмы и плазменной концентрация альдостерона более 20 нг/дл (550 пмоль/л)

б) спонтанной гипокалиемии, уровня ренина или активности ренина плазмы выше референсных значений и плазменной концентрации альдостерона более 20 нг/дл (550 пмоль/л)

в) спонтанной гипокалиемии, неопределяемого уровня ренина или активности ренина плазмы и плазменной концентрации альдостерона выше референсных значений

г) спонтанной гиперкалиемии, неопределяемого уровня ренина или активности ренина плазмы и плазменной концентрации альдостерона выше референсных значений

Ответ: а

39. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НАДПОЧЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

а) позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

б) сцинтиграфия всего тела с 123I-метайодбензилгуанидином

в) компьютерная томография с контрастным усилением

г) магнитно-резонансная томография с контрастным усилением

Ответ: а

40. К АДРЕНОКОРТИКАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ

а) альдостерома

б) феохромоцитома

в) феохромобластома

г) параганглиома

Ответ: а

41. ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ РАСТВОРОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ИНФУЗИИ 2 Л 0,9% РАСТВОРА NACL В ТЕЧЕНИЕ 4 ЧАСОВ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ АДЕКВАТНОСТИ

а) супрессии постинфузионного уровня альдостерона

б) стимуляции постинфузионного уровня альдостерона

в) супрессии постинфузионного уровня альдостерон-ренинового соотношения

г) стимуляции постинфузионного уровня альдостерон-ренинового соотношения

Ответ: а

42. СИНДРОМОМ КОННА НАЗЫВАЮТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

а) альдостеронпродуцирующей аденомой надпочечника

б) двусторонней надпочечниковой гиперплазией

в) односторонней надпочечниковой гиперплазией

г) наследственно (семейный первичный гиперальдостеронизм 1-го типа)
Ответ: а

43. ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ НА АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОЕ СООТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ИМЕТЬ
а) нормокалиемию и не придерживаться бессолевой диеты
б) гипокалиемию и не придерживаться бессолевой диеты
в) нормокалиемию и придерживаться бессолевой диеты
г) гипокалиемию и придерживаться бессолевой диеты
Ответ: а

44. ОПУХОЛЬ МОЗГОВОГО СЛОЯ НАДПОЧЕЧНИКА, ПРОДУЦИРУЮЩАЯ КАТЕХОЛАМИНЫ ИМЕНУЕТСЯ, КАК
а) феохромоцитома
б) параганглиома
в) кортикостерома
г) альдостерома
Ответ: а

45. ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ИНЦИДЕНТАЛОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ ДОЛЖНА РАССМАТРИВАТЬСЯ В
а) каждом случае выявления образований
б) случае выявления образований у пациентов младше 30 лет
в) случае выявления образований диаметром от 3 см и более
г) случае выявления образований диаметром от 2 см и более
Ответ: а

46. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СЕЛЕКТИВНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ИЗ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ВЕН, БУДУЧИ КЛЮЧЕВЫМ ЭТАПОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА
а) не требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов
б) требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за 2 недели до исследования
в) требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за 2 дня до исследования
г) требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов накануне исследования
Ответ: а

47. В КАЧЕСТВЕ НАИБОЛЕЕ ПРОСТОГО, СПЕЦИФИЧНОГО И ОТНОСИТЕЛЬНО БЕЗОПАСНОГО ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ТЕСТА НА ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ РОССИЙСКИЕ ЭКСПЕРТЫ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
а) нагрузочный тест с физиологическим раствором
б) тест с пероральной натриевой нагрузкой
в) подавляющий тест с флудрокортизоном
г) тест с каптоприлом
Ответ: а

48. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ - ЭТО СИНДРОМ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗБЫТОЧНОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВЫМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ
а) минералокортикоидов
б) глюкокортикоидов
в) катехоламинов

г) половых гормонов
Ответ: а

49. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИЕЙ В РАМКАХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФОРМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА
а) не обладает преимуществами, имея меньшее пространственное разрешение
б) позволяет лучше выявлять злокачественные процессы
в) позволяет лучше различать надпочечниковую гиперплазию
г) обладает преимуществами за счёт большего пространственного разрешения
Ответ: а

50. К МАКРОАДЕНОМАМ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСЯТ ОБРАЗОВАНИЯ БОЛЕЕ _____ СМ В ДИАМЕТРЕ
а) 1
б) 0,5
в) 2
г) 3
Ответ: а

51. ОПТИМАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ПРЕПАРАТОВ, МИНИМАЛЬНО ВЛИЯЮЩИХ НА АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОЕ СООТНОШЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) верапамил + доксазозин
б) периндоприл + спиронолактон
в) валсартан + карведилол
г) нифедипин + эплеренон
Ответ: а

52. ПРИ НАЛИЧИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА В КАЧЕСТВЕ ВТОРОГО ЭТАПА ИСКЛЮЧЕНИЯ ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОДАВЛЕНИЯ КОРТИЗОЛА В ХОДЕ НОЧНОГО ПОДАВЛЯЮЩЕГО ТЕСТА С 1 МГ ДЕКСАМЕТАЗОНА РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
а) адренокортикотропного гормона (АКТГ) в утренние часы
б) адренокортикотропного гормона (АКТГ) в вечерние часы
в) кортизола суточной мочи
г) кортизола вечерней слюны
Ответ: а

53. ГИПОКАЛИЕМИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
а) не более чем в 50% случаев альдостеронпродуцирующих аденом и не более чем в 20% при идиопатическом гиперальдостеронизме
б) более чем в 90% случаев альдостеронпродуцирующих аденом и более чем 50% при идиопатическом гиперальдостеронизме
в) не более чем в 50% случаев альдостеронпродуцирующих аденом и при идиопатическом гиперальдостеронизме
г) в 100% случаев первичного гиперальдостеронизма, являясь непременным условием для постановки диагноза
Ответ: а

54. ГЛЮКОКОРТИКОИДПОДАВЛЯЕМЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) снижением АКТГ-зависимой секреции альдостерона при назначении глюкокортикоидов

б) повышением АКТГ-зависимой секреции альдостерона при назначении глюкокортикоидов
в) повышением АКТГ-независимой секреции альдостерона
г) снижением АКТГ-независимой секреции альдостерона
Ответ: а

55. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
а) артериальная гипертензия
б) визулизируемое образование надпочечника
в) гипокалиемия
г) мышечная слабость
Ответ: а

56. БОЛЬШИНСТВО ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ
а) гормонально-неактивные аденомы
б) альдостеромы
в) кортикостеромы
г) феохромоцитомы
Ответ: а

57. СЕМЕЙНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ 1 ТИПА (СПГА-1) (СИНОНИМ – ГЛЮКОКОРТИКОИДЗАВИСИМЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ) – ОБУСЛОВЛЕН МУТАЦИЕЙ
а) образующей химерный ген CYP11B1/CYP11B2
б) в гене CYP11B1 (11-b-гидроксилазы)
в) в гене CYP11B2 (альдостеронсинтетазы)
г) в гене CYP11A1 (20,22-десмолаза)
Ответ: а

58. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, НО НЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ НАРУШЕНИЕМ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гипокалиемия
б) гиперкалиемия
в) гипонатриемия
г) гипернатриемия
Ответ: а

59. К ПРЕПАРАТАМ, МИНИМАЛЬНО ВЛИЯЮЩИМ НА АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОЕ СООТНОШЕНИЕ, ОТНОСИТСЯ
а) доксазозин
б) нифедипин
в) периндоприл
г) спиронолактон
Ответ: а

60. ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
а) поражение почек
б) поражение печени
в) дискинезия ЖКТ
г) суставной синдром
Ответ: а

61. У ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО АДРЕНАЛЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА (СУБКЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА КУШИНГА (ССК)), ПРЕДЪЯВЛЯЮЩЕГО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЖАЛОБЫ НА ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА, СЛАБОСТЬ, ТОШНОТУ, УМЕРЕННУЮ ГИПОТОНИЮ, ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, ВЕЧЕРНИЕ ГЕКТИЧЕСКИЕ ПОДЪЕМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) острая надпочечниковая недостаточность
б) кровотечение
в) интоксикация
г) острый инфаркт миокарда

Ответ: а

62. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СЕЛЕКТИВНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ИЗ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ВЕН, КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА, ДОЛЖЕН ВЫПОЛНЯТЬСЯ

а) только когда рассматривается оперативное лечение
б) всем пациентам с подтверждённым ПГА
в) всем пациентам с высоким альдостерон-рениновым соотношением
г) только при визуализации неизмененных надпочечников или двусторонних изменений

Ответ: а

63. СКРИНИНГ НА ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ (ПГА) НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ У ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ

а) из групп риска с высокой распространенностью ПГА
б) с образованием надпочечника
в) с образованием надпочечника более 2 см
г) с образованием надпочечника высокой плотности по данным КТ

Ответ: а

64. К ХАРАКТЕРНЫМ ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ХОДЕ ТРЕХФАЗНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОТНОСИТСЯ

а) низкая нативная плотность и снижение контрастной плотности более чем на 50% через 10 минут после введения контраста
б) высокая нативная плотность и снижение контрастной плотности более чем на 50% через 10 минут после введения контраста
в) низкая нативная плотность и снижение контрастной плотности менее чем на 50% через 10 минут после введения контраста
г) высокая нативная плотность и снижение контрастной плотности менее чем на 50% через 10 минут после введения контраста

Ответ: а

65. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ

а) может встречаться в рамках синдрома множественной эндокринной неоплазии 1-го типа (МЭН 1)
б) может встречаться в рамках синдрома множественной эндокринной неоплазии 2-го типа А (МЭН 2А)
в) может встречаться в рамках синдрома множественной эндокринной неоплазии 2-го типа В (МЭН 2В)
г) не встречается в рамках синдромов множественной эндокринной неоплазии

Ответ: а

66. ПРИ СОЧЕТАНИИ ТАКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, КАК: СПОНТАННАЯ ГИПОКАЛИЕМИЯ, НЕОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ УРОВЕНЬ РЕНИНА ИЛИ АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ И ПЛАЗМЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА БОЛЕЕ 20 НГ/ДЛ (550 ПМОЛЬ/Л) – ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ»

а) считается установленным без проведения дальнейшего подтверждающего тестирования

б) требует дальнейшего подтверждающего тестирования вне зависимости от КТ-картины

в) требует дальнейшего подтверждающего тестирования при отсутствии визуализации опухоли

г) требует дальнейшего подтверждающего тестирования при наличии опухоли с низкой нативной плотностью

Ответ: а

67. В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И МАНИФЕСТНЫХ ПРИЗНАКОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДИАГНОСТИКУ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) гиперкортицизма и феохромоцитомы

б) гиперальдостеронизма и гиперкортицизма

в) гиперальдостеронизма и феохромоцитомы

г) гиперальдостеронизма, гиперкортицизма и феохромоцитомы

Ответ: а

68. ПРИ СЕМЕЙНОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ 1 ТИПА (СПГА-1) (СИНОНИМ – ГЛЮКОКОРТИКОИДЗАВИСИМЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ) АКТИВНОСТЬ ХИМЕРНОГО ГЕНА CYP11B1/CYP11B2 КОНТРОЛИРУЕТСЯ

а) АКТГ, а альдостерон усиленно продуцируется в нехарактерной для него в пучковой зоне коры надпочечников

б) АКТГ, а альдостерон усиленно продуцируется в нехарактерной для него клубочковой зоне коры надпочечников

в) ренин-ангиотензиновой системой, а альдостерон усиленно продуцируется в нехарактерной для него пучковой зоне коры надпочечников

г) ренин-ангиотензиновой системой, а альдостерон усиленно продуцируется в нехарактерной для него клубочковой зоне коры надпочечников

Ответ: а

69. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СЕЛЕКТИВНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ИЗ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ВЕН, КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА, ПОЗВОЛЯЕТ

а) оценить латерализацию гиперпродукции альдостерона

б) подтвердить наличие гиперпродукции альдостерона

в) оценить выраженность гиперпродукции альдостерона

г) исключить наличие сочетанной гормональной активности

Ответ: а

70. К ЧЕРТАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АЛЬДОСТЕРОН- И КОРТИЗОЛСЕКРЕТИРУЮЩИХ АДЕНОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ПРИ ДОКАЗАННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ ОТНОСЯТ

а) отрицательный результат ночного подавляющего теста с дексаметазоном и крупные размеры образования

б) отрицательный результат ночного подавляющего теста с дексаметазоном и малые размеры образования

в) положительный результат ночного подавляющего теста с дексаметазоном и крупные размеры образования

г) положительный результат ночного подавляющего теста с дексаметазоном и малые размеры образования

Ответ: а

71. ПРИ НАЛИЧИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ИСКЛЮЧЕНИЯ ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) кортизола в ранние утренние часы на фоне подавляющего теста с 1 мг дексаметазона

б) кортизола суточной мочи

в) кортизола вечерней слюны

г) адренокортикотропного гормона (АКТГ) в утренние часы

Ответ: а

72. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДИАГНОЗ СЕМЕЙНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ 1 ТИПА (СПГА-1) (СИНОНИМ – ГЛЮКОКОРТИКОИДЗАВИСИМЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ) CYP11B1/CYP11B2 ОКОНЧАТЕЛЬНО УСТАНАВЛИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

а) генетического тестирования на химерный ген CYP11B1/CYP11B2

б) исследования уровней 18-окси- и гидроксикортизола в моче

в) результатов пробы с дексаметазоном.

г) сравнительного селективного забора крови из надпочечниковых вен

Ответ: а

73. РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВАЯ СИСТЕМА УЧАСТВУЕТ В ПОДДЕРЖАНИИ

а) артериального давления и водного гомеостаза

б) синтеза гормонов щитовидной железы

в) кислотно-основного состояния

г) синтеза гормонов надпочечников

Ответ: а

74. В ХОДЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С

а) подтверждённым первичным гиперальдостеронизмом

б) увеличением альдостерон-ренинового соотношения

в) уровнем альдостерона выше референсных значений

г) гипокалиемией в анамнезе

Ответ: а

75. РИСК РАЗВИТИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ АДРЕНАЛЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ (СУБКЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КУШИНГА (ССК)) ОБУСЛОВЛЕН ВОЗМОЖНЫМ РАЗВИТИЕМ НЕОБРАТИМОЙ АТРОФИЕЙ КОРЫ КОНТРЛАТЕРАЛЬНОГО НАДПОЧЕЧНИКА

а) на фоне длительной автономной гиперпродукцией кортизола опухолью, что может потребовать длительной, если не пожизненной, заместительной терапии

б) на фоне кратковременной, но выраженной автономной гиперпродукцией кортизола опухолью, что может потребовать длительной, если не пожизненной, заместительной терапии

в) на фоне длительной автономной гиперпродукцией кортизола опухолью, что чаще всего требует кратковременной заместительной терапии

г) на фоне кратковременной, но выраженной автономной гиперпродукцией кортизола опухолью, что чаще всего требует кратковременной заместительной терапии

Ответ: а

76. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОЦЕНКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕСКИХ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

а) компьютерная томография с контрастом
б) позитронно-эмиссионная томография
в) магнитно-резонансная томография с контрастом
г) ультразвуковое исследование

Ответ: а

77. СРЕДИ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВЫСОКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПЛОТНОСТИ В ХОДЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) феохромоцитома
б) кортикостерома
в) альдостерома
г) миелолипома

Ответ: а

78. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ ЭНДОКРИННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) первичный гиперальдостеронизм
б) гиперкортицизм
в) феохромоцитома
г) врождённая дисфункция коры надпочечников

Ответ: а

79. ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ РАСТВОРОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ НА ФОНЕ

а) терапии антигипертензивными средствами с минимальным влиянием на ренин-аниотензин-альдостероновую систему и нежелательно проводить при неконтролируемых формах АГ и сердечной недостаточности

б) терапии антигипертензивными средствами с минимальным влиянием на ренин-аниотензин-альдостероновую систему и не имеет повышенных рисков при неконтролируемых формах АГ и сердечной недостаточности

в) любой эффективной антигипертензивной терапии, но нежелательно проводить при неконтролируемых формах АГ и сердечной недостаточности

г) любой эффективной антигипертензивной терапии и не имеет повышенных рисков при неконтролируемых формах АГ и сердечной недостаточности

Ответ: а

80. МУЖЧИНЕ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩЕМУ СПИРОНОЛАКТОН, ПО ПОВОДУ ПОДТВЕРЖДЕННОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА, КОТОРЫЙ СТАЛ ПРЕДЪЯВЛЯТЬ ЖАЛОБЫ НА УВЕЛИЧЕНИЕ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ, ОПТИМАЛЬНЫМ БУДЕТ

а) заменить спиронолактон на эплеренон
б) отправить пациента на динамику
в) подобрать препарат не из группы антагонистов минералокортикоидных рецепторов
г) рассмотреть возможность выполнения односторонней адреналэктомии

Ответ: а

81. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОГО ТЕСТА ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) уровней альдостерона и ренина
б) концентрации альдостерона
в) концентрацию ренина плазмы
г) альдостерон-ренинового соотношения

Ответ: а

82. ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕДКО, ЧАЩЕ У

а) детей, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых мужчин и не описаны у женщин
б) детей, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых женщин и не описаны у мужчин
в) взрослых, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых мужчин и не описаны у женщин
г) взрослых, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых женщин и не описаны у мужчин

Ответ: а

83. ТЕСТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

а) уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном
б) утреннего уровня 11-дезоксикортизола в сыворотке крови в раннюю фолликулярную фазу
в) утреннего уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в раннюю фолликулярную фазу
г) уровня 11-дезоксикортизола в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном

Ответ: а

84. ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ СИНТЕЗ

а) 11-дезоксикортизола из 17-гидроксипрогестерона
б) 11-дезоксикортикостерона из 17-гидроксипрогестерона
в) 17-гидроксипрогестерона из 11-дезоксикортизола
г) 17-гидроксипрогестерона из 11-дезоксикортикостерона

Ответ: а

85. ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ВДКН) – ЭТО ГРУППА

а) аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза кортикостероидов
б) аутосомно-доминантных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза кортикостероидов
в) аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза катехоламинов
г) аутосомно-доминантных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза катехоламинов

Ответ: а

86. ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА В НОРМЕ КАТАЛИЗИРУЕТ РЕАКЦИИ В

а) в клубочковом и пучковом слоях коры надпочечников
б) исключительно в клубочковом слое коры надпочечников
в) исключительно в пучковом слое коры надпочечников
г) в клубочковом и сетчатом слоях коры надпочечников
Ответ: а

87. ДЕФИЦИТ 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛАВЛИВАЕТ _____ ФОРМУ ВДКН
а) гипертоническую
б) сольтеряющую
в) вирильную
г) неклассическую
Ответ: а

88. ДИАГНОСТИКА КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМ ВДКН ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ
а) обычно не требуется, так как в России проводится неонатальный скрининг
б) требуется часто, несмотря на то что в России проводится неонатальный скрининг
в) требуется часто, так как в России не проводится неонатальный скрининг
г) обычно не требуется, так как заболевание всегда явно проявляет себя в детском возрасте
Ответ: а

89. ДИАГНОСТИКА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ
а) 17-гидроксипрогестерона – предшественника кортизола, находящегося непосредственно над ферментативным блоком
б) 17-гидроксипрогестерона – предшественника кортизола, находящегося непосредственно под ферментативным блоком
в) 11-дезоксикортизола – предшественника кортизола, находящегося непосредственно над ферментативным блоком
г) 11-дезоксикортизола – предшественника кортизола, находящегося непосредственно под ферментативным блоком
Ответ: а

90. АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) яркой клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, однако у мужчин единственным проявлением такого образования может быть усиление половой потенции
б) яркой клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, без проявлений у мужчин
в) неяркой клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, без проявлений у мужчин
г) отсутствием явных клинических проявлений как у мужчин, так и у женщин
Ответ: а

91. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА
а) более 30 нмоль/л или более 10 нг/мл (1000 нг/дл) подтверждает наличие неклассической формы ВДКН и не требует выполнения стимулирующей пробы
б) более 30 нмоль/л или более 10 нг/мл (10,000 нг/дл) свидетельствует о наличии неклассической формы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения
в) более 15 нмоль/л или более 5 нг/мл (5,000 нг/дл) подтверждает наличие неклассической формы ВДКН и не требует выполнения стимулирующей пробы
г) более 300 нмоль/л или более 100 нг/мл (10,000 нг/дл) свидетельствует о наличии неклассической формы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения
Ответ: а

92. ДИАГНОСТИКА НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ УТРЕННЕГО УРОВНЯ 17ОНР В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

а) в фолликулярную фазу не позднее 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение стимулирующего теста с синактеном-депо

б) в раннюю фолликулярную фазу после 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение стимулирующего теста с синактеном-депо

в) в фолликулярную фазу не позднее 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение генетического тестирования

г) в раннюю фолликулярную фазу после 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение генетического тестирования

Ответ: а

93. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ УРОВЕНЬ ГОНАДОТРОПИНОВ НА ФОНЕ _____ СЕКРЕЦИИ ЭСТРОГЕНОВ

а) сниженный; высокой

б) сниженный; низкой

в) повышенный; высокой

г) повышенный; низкой

Ответ: а

94. ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

а) яркой клиникой с развитием признаков феминизации у мужчин, но никак не проявляя себя у женщин

б) невыраженной клиникой с развитием признаков феминизации у мужчин, но никак не проявляя себя у женщин

в) невыраженной клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, без проявлений у мужчин

г) отсутствием явных клинических проявлений как у мужчин, так и у женщин

Ответ: а

95. ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ - ЭТО ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ

а) неспецифическими для надпочечников образованиями (метастазы, инфекционные поражения) и опухолями из тканей надпочечников

б) гормонально-активными и неактивными образованиями и опухолями из тканей надпочечников

в) гормонально-активными образованиями и опухолями из тканей надпочечников

г) гормонально-неактивными образованиями и опухолями из тканей надпочечников

Ответ: а

96. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ НАЧИНАЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В РАЗНОМ ВОЗРАСТЕ, ЧАЩЕ

а) в детстве и может носить как умеренный, так и выраженный характер с развитием осложнений

б) после пубертата может носить как умеренный, так и выраженный характер с развитием осложнений

в) в детстве и всегда носит выраженный характер с развитием осложнений

г) после пубертата и всегда носит выраженный характер с развитием осложнений

Ответ: а

97. НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА КОРТИЗОЛА ПРИ ВДКН ПРИВОДИТ К

а) увеличению секреции АКТГ и продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

б) увеличению секреции АКТГ и снижению выработки продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

в) снижению секреции АКТГ и усилению выработки продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

г) снижению секреции АКТГ и выработки продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

Ответ: а

98. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВДКН ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ ФЕРМЕНТА

а) 21-гидроксилазы

б) 3β-гидроксистероиддегидрогеназы

в) 11β-гидроксилазы

г) оксидоредуктазы

Ответ: а

99. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И СТЕПЕНЬ СНИЖЕНИЯ АКТИВНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ КОРРЕЛИРУЮТ МЕЖДУ СОБОЙ, В СВЯЗИ С ЧЕМ МУТАЦИИ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОЛНОЙ ИНАКТИВАЦИИ ФЕРМЕНТА, ВЫЗЫВАЮТ _____ ФОРМУ; А СЛУЧАИ, СВЯЗАННЫЕ СО СНИЖЕНИЕМ АКТИВНОСТИ ДО ~2% _____ ФОРМУ

а) сольтеряющую; вирильную

б) вирильную; сольтеряющую

в) сольтеряющую; гипертоническую

г) гипертоническую; сольтеряющую

Ответ: а

100. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА НЕОПРЕДЕЛЕННОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

а) ПЭТ-КТ с 18ФДГ

б) МРТ с контрастным усилением

в) МСКТ через 12 месяцев

г) сцинтиграфии с IMBG

Ответ: а

101. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ВДКН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЧИТАЕТСЯ

а) неонатальный скрининг, который проводится во всем мире и внедрен и в России

б) неонатальный скрининг, который проводится во всем мире, но пока отсутствует в России

в) прицельная диагностика у детей с симптомами гиперандрогении и дефицита кортизола

г) прицельная диагностика у детей с симптомами гипотонии и обезвоживания

Ответ: а

102. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И СТЕПЕНЬ СНИЖЕНИЯ АКТИВНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ КОРРЕЛИРУЮТ МЕЖДУ СОБОЙ, В СВЯЗИ С ЧЕМ МУТАЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТА ДО ~0-2% ПРИВОДЯТ К _____, А СЛУЧАИ, СВЯЗАННЫЕ С СОХРАНЕНИЕМ АКТИВНОСТИ ДО ~20-50% - К _____

а) классическим формам; неклассической форме

б) неклассической форме; классическим формам

в) классической форме; гипертонической форме

г) гипертонической форме; классической форме

Ответ: а

103. ДГЭА-СУЛЬФАТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НИЗКИМ УРОВНЕМ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИНЦИДЕНТАЛОМ, НО ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

а) андрогенпродуцирующих опухолях надпочечника и адренокортикальном раке

б) андрогенпродуцирующих опухолях надпочечника, но не при адренокортикальном раке

в) адренокортикальном раке, но не при андрогенпродуцирующих опухолях надпочечника

г) андрогенпродуцирующих и эстрогенпродуцирующих опухолях надпочечника и адренокортикальном раке

Ответ: а

104. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) двусторонними изменениями надпочечников и умеренными клиническими проявлениями гиперандрогении

б) двусторонними изменениями надпочечников и выраженными клиническими проявлениями гиперандрогении

в) односторонними изменениями надпочечников и умеренными клиническими проявлениями гиперандрогении

г) односторонними изменениями надпочечников и выраженными клиническими проявлениями гиперандрогении

Ответ: а

105. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ _____ СИНТЕЗА КОРТИЗОЛА И АЛЬДОСТЕРОНА И _____

а) дефицита; гиперандрогении

б) избыточного; гиперандрогении

в) дефицита; гипоандрогении

г) избыточного; гипоандрогении

Ответ: а

106. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ У МУЖЧИН

а) не имеет характерных признаков, не диагностируется и не требует лечения

б) сопровождается признаками надпочечниковой недостаточности и бесплодием

в) не имеет признаков надпочечниковой недостаточности и проявляется только бесплодием

г) сопровождается признаками надпочечниковой недостаточности и склонностью к гипотоническим кризам

Ответ: а

107. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ХАРАКТЕРНО

а) гомогенная структура и отсутствие васкуляризации в контрастную фазу

б) гомогенная структура и васкуляризация в контрастную фазу

в) гетерогенная структура и отсутствие васкуляризации в контрастную фазу

г) гетерогенная структура и васкуляризация в контрастную фазу

Ответ: а

108. В ДИАГНОСТИКЕ КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМ ВДКН ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

а) для окончательного уточнения диагноза и исследует наличие мутаций в гене 21-гидроксилазы – CYP21

б) для окончательного уточнения диагноза и исследует наличие мутаций в гене 11В-гидроксилазы – CYP11B1

в) как первый этап неонатального скрининга и исследует наличие мутаций в гене 21-гидроксилазы – CYP21

г) как первый этап неонатального скрининга и исследует наличие мутаций в гене 11В-гидроксилазы – CYP11B1

Ответ: а

109. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ЗАБОР КРОВИ НА 17ОНР ПРОВОДЯТ РАНО УТРОМ В ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ ФАЗУ ЦИКЛА

а) не позднее 5-7 дня, при аменорее – в любой день

б) не позднее 5-7 дня, при аменорее – не исследуется

в) после 5-7 дня, при аменорее – в любой день

г) после 5-7 дня, при аменорее – не исследуется

Ответ: а

110. НАТИВНАЯ (НЕКОНТРАСТНАЯ ПЛОТНОСТЬ) ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЕДИНИЦАХ ХАУНСФИЛДА РАВНА

а) менее 10 HU

б) менее 20 HU

в) более 30 HU

г) более 40 HU

Ответ: а

111. РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ДИАГНОСТИКУ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УТРЕННЕГО УРОВНЯ 17ОНР В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В

а) раннюю фолликулярную фазу

б) позднюю фолликулярную фазу

в) начале лютеиновой фазы

г) середине лютеиновой фазы

Ответ: а

112. СОЛЬТЕРЯЮЩИЙ КРИЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ОБУСЛОВЛЕН ВЫРАЖЕННОЙ _____ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРИВОДЯЩЕЙ К _____ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

а) минералокортикоидной; падению

б) минералокортикоидной; повышению

в) глюкокортикоидной; падению

г) глюкокортикоидной; повышению

Ответ: а

113. ВДКН ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ СИНТЕЗА 11-ДЕЗОКСИКОРТИКОСТЕРОНА

а) гипертонией и усилением

б) гипертонией и снижением

в) гипотонией и усилением

г) гипотонией и снижением

Ответ: а

114. ФОРМОЙ ВДКН, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) сольтеряющая
б) вирильная
в) неклассическая
г) гипертоническая

Ответ: а

115. ДЕФИЦИТ ФЕРМЕНТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ____ % ВСЕХ СЛУЧАЕВ ВДКН

а) 90
б) 50
в) 25
г) 10

Ответ: а

116. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ВДКН ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К СНИЖЕНИЮ АКТИВНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 20
б) 0
в) 1
г) 2

Ответ: а

117. ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВДКН ИМЕЕТСЯ ДЕФИЦИТ

а) минералокортикоидов и глюкокортикоидов
б) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов
в) минералокортикоидов и андрогенов
г) минералокортикоидов, но не глюкокортикоидов

Ответ: а

118. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВДКН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МУТАЦИЯХ ГЕНА CYP21A2 ЗАВИСИТ ОТ СТЕПЕНИ СНИЖЕНИЯ АКТИВНОСТИ _____, А В СЛУЧАЕ КОМПАУНД-ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ МУТАЦИЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БОЛЕЕ _____ МУТАЦИЕЙ

а) 21-гидроксилазы; «легкой»
б) 21-гидроксилазы; «тяжелой»
в) 11В-гидроксилазы; «легкой»
г) 11В-гидроксилазы; «тяжелой»

Ответ: а

119. ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ СИНТЕЗ

а) 11-дезоксикортикостерона из прогестерона
б) 11-дезоксикортикостерона из кортикостерона
в) кортикостерона из 11-дезоксикортикостерона
г) кортикостерона из 17-гидроксипрогестерона

Ответ: а

120. ВИРИЛЬНАЯ ФОРМА ВДКН ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К СНИЖЕНИЮ АКТИВНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 1-2
б) 20
в) 10

г) 0
Ответ: а

121. ПРИ ДВУСТОРОННИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В НАДПОЧЕЧНИКАХ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ
а) и повышенную их функцию, и надпочечниковую недостаточность
б) повышенную их функцию, но не надпочечниковую недостаточность
в) надпочечниковую недостаточность, но не повышенную их функцию
г) злокачественный потенциал и динамически наблюдать
Ответ: а

122. ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ СИНТЕЗ 11-ДЕЗОКСИКОРТИКОСТЕРОНА ИЗ
а) прогестерона
б) кортикостерона
в) 11-дезоксикортизола
г) 17-гидроксипрогестерона
Ответ: а

123. ЗАПОДОЗРИТЬ ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ОТЛИЧИВ ЕЕ ОТ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ МОЖНО В СЛУЧАЯХ _____ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ _____ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТОВ
а) повышения; в отсутствие
б) повышения; при наличии
в) понижения; в отсутствие
г) понижения; при наличии
Ответ: а

124. СОЛЬТЕРЯЮЩИЙ КРИЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ РЕАБСОРБЦИИ НАТРИЯ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК, ПРИВОДЯЩИМ К _____ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ С РАЗВИТИЕМ _____
а) уменьшением; уменьшению; выраженного обезвоживания
б) уменьшением; увеличению; гипертонии
в) повышением; уменьшению; выраженного обезвоживания
г) повышением; увеличению; гипертонии
Ответ: а

125. ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
а) ярко выраженными признаками вирилизации у женщин и бесплодием у мужчин
б) ярко выраженными признаками вирилизации у женщин и не проявляется у мужчин
в) умеренно выраженными признаками вирилизации у женщин и бесплодием у мужчин
г) умеренно выраженными признаками вирилизации у женщин и не проявляется у мужчин
Ответ: а

126. ПРИ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЕ ВДКН ИМЕЕТСЯ ДЕФИЦИТ
а) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов
б) минералокортикоидов и глюкокортикоидов
в) минералокортикоидов и андрогенов
г) минералокортикоидов, но не глюкокортикоидов

Ответ: а

127. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

а) гинекомастия
б) атрофия яичек
в) снижение либидо и потенции
г) уменьшение роста бороды и усов

Ответ: а

128. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ВДКН ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ ФЕРМЕНТА

а) 21-гидроксилазы
б) 3β-гидроксистероиддегидрогеназы
в) 11β-гидроксилазы
г) оксидоредуктазы

Ответ: а

129. ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ НАЛИЧИЯ У ПАЦИЕНТА КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА В ПОЛЬЗУ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ БУДУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

а) гипонатриемия, гиперкалиемия, гиперренинемия и низкий уровень альдостерона
б) гипонатриемия, гиперкалиемия, гипоренинемия и высокий уровень альдостерона
в) гипернатриемия, гипокалиемия, гиперренинемия и низкий уровень альдостерона
г) гипернатриемия, гипокалиемия, гипоренинемия и высокий уровень альдостерона

Ответ: а

130. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВДКН УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА

а) более 300 нмоль/л или более 100 нг/мл (10,000 нг/дл) подтверждает наличие классической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы
б) более 300 нмоль/л или более 100 нг/мл (10,000 нг/дл) свидетельствует о наличии классической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения
в) более 150 нмоль/л или более 50 нг/мл (5,000 нг/дл) подтверждает наличие классической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы
г) более 150 нмоль/л или более 50 нг/мл (5,000 нг/дл) свидетельствует о наличии классической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

Ответ: а

131. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ _____ ПРИЗНАКАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ _____

а) не сопровождается; после пубертатного возраста
б) не сопровождается; в раннем детстве
в) сопровождается; после пубертатного возраста
г) сопровождается; в раннем детстве

Ответ: а

132. ПЕРВИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА СНИЖЕНИЕМ СИНТЕЗА

а) глюкокортикоидов и минералокортикоидов из-за патологии надпочечников

б) глюкокортикоидов и минералокортикоидов из-за патологии гипоталамо-гипофизарной системы

в) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов из-за патологии надпочечников

г) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов из-за патологии гипоталамо-гипофизарной системы

Ответ: а

133. ПРИ АУТОИММУННОМ ПОРАЖЕНИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ МИШЕНЬЮ ДЛЯ АНТИТЕЛ, КРОМЕ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ МОГУТ БЫТЬ ФЕРМЕНТЫ

а) 17А-гидроксилаза и фермент отщепления боковой цепи

б) 11В-гидроксилаза

в) 17В -гидроксистероиддегидрогеназа

г) альдостеронсинтаза

Ответ: а

134. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

а) гипогликемия и гиперпигментация кожи и слизистых

б) ортостатическая гипотензия вследствие обезвоживания и тяга к соленому

в) гипонатриемия и гиперкалиемия

г) исчезновение подмышечного и лобкового оволосения у лиц женского пола

Ответ: а

135. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОТОРОЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) тяга к соленой пище

б) ортостатическая гипотензия

в) признаки гипоандрогении у лиц женского пола

г) гипогликемии

Ответ: а

136. ПРИ АУТОИММУННОМ ПОРАЖЕНИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ МИШЕНЬЮ ДЛЯ АНТИТЕЛ ЧАЩЕ ВСЕГО ОКАЗЫВАЕТСЯ ФЕРМЕНТ

а) 21-гидроксилаза

б) 11В-гидроксилаза

в) 17В -гидроксистероиддегидрогеназа

г) альдостеронсинтаза

Ответ: а

137. ПРЕВЫШЕНИЕ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСПИРОГЕСТЕРОНА БОЛЕЕ 30 НМОЛЬ/Л (10 НГ/МЛ) В ХОДЕ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ ПРОБЫ С СИНАКТЕНОМ-ДЕПО ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

а) неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы

б) вирильной формы дефицита 21-гидроксилазы

в) сольтеряющей формы дефицита 21-гидроксилазы

г) классической формы дефицита 11В-гидроксилазы

Ответ: а

138. В ВИДЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВДКН

а) может протекать как дефицит 21-гидроксилазы, так и дефицит 11β-гидроксилазы

б) может протекать дефицит 21-гидроксилазы, но не дефицит 11β-гидроксилазы

в) может протекать дефицит 11β-гидроксилазы, но не дефицит 21-гидроксилазы

г) не может протекать ни дефицит 21-гидроксилазы, ни дефицит 11β-гидроксилазы
Ответ: а

139. ГИПОНАТРИЕМИЯ, ГИПЕРКАЛИЕМИЯ И ГИПЕРРЕНИНЕМИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ДЛЯ ТАКИХ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ, КАК _____ ФОРМА ВДКН
а) надпочечниковая недостаточность и сольтеряющая
б) первичный гиперальдостеронизм и сольтеряющая
в) надпочечниковая недостаточность и гипертоническая
г) первичный гиперальдостеронизм и гипертоническая
Ответ: а

140. НАПРАВЛЕНИЕ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МУЛЬТИСТЕРОИДНОГО АНАЛИЗА С ПОМОЩЬЮ ТАНДЕМНОЙ МАССПЕКТРОМЕТРИИ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА
а) классической формы дефицита 11В-гидроксилазы
б) вирильной формы дефицита 21-гидроксилазы
в) сольтеряющей формы дефицита 21-гидроксилазы
г) неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы
Ответ: а

141. БОЛЕЗНЬЮ АДДИСОНА НАЗЫВАЮТ
а) дефицит глюкокортикоидов и минералокортикоидов из-за патологии надпочечников
б) дефицит глюкокортикоидов и минералокортикоидов из-за патологии гипоталамо-гипофизарной системы
в) избыток глюкокортикоидов и минералокортикоидов из-за патологии надпочечников
г) избыток глюкокортикоидов и минералокортикоидов из-за патологии гипоталамо-гипофизарной системы
Ответ: а

142. УМЕНЬШЕНИЕ/ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ЛОБКОВОГО И ПОДМЫШЕЧНОГО ОВОЛОСЕНИЯ У ЖЕНЩИН
а) характерно и для первичной, и для вторичной форм надпочечниковой недостаточности
б) характерно для первичной, но не для вторичной формы надпочечниковой недостаточности
в) характерно для вторичной, но не для первичной формы надпочечниковой недостаточности
г) не характерно ни для первичной, ни для вторичной форм надпочечниковой недостаточности
Ответ: а

143. «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ВО ВСЕМ МИРЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном
б) исследование утреннего уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в раннюю фолликулярную фазу
в) исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном-депо
г) генетическое исследование на наличие наиболее частых мутаций гена 21-гидроксилазы
Ответ: а

144. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С СИНАКТЕНОМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВДКН ПОКАЗАНО ПРИ ДВУКРАТНОМ ПОЛУЧЕНИИ ЗНАЧЕНИЙ БАЗАЛЬНОГО 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА

а) 6-30 нмоль/л или 2-10 нг/мл (200-1000 нг/дл)
б) < 6 нмоль/л или < 2 нг/мл (200 нг/дл)
в) > 30 нмоль/л или > 10 нг/мл (1000 нг/дл)
г) 30-60 нмоль/л или 10-20 нг/мл (1000-2000 нг/дл)
Ответ: а

145. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ У ЖЕНЩИН ПРИЗНАКАМИ ГИРСУТИЗМА, АЛОПЕЦИИ, АКНЕ
а) с возможными нарушениями менструального цикла, бесплодием или привычным невынашиванием беременности, и по клинической картине схожа с синдромом поликистозных яичников
б) с возможными нарушениями менструального цикла, бесплодием или привычным невынашиванием беременности, имея клиническую картину отличную от синдрома поликистозных яичников
в) без нарушений менструального цикла, бесплодия или привычного невынашивания беременности, и по клинической картине схожа с синдромом поликистозных яичников
г) без нарушений менструального цикла, бесплодия или привычного невынашивания беременности, имея клиническую картину отличную от синдромома поликистозных яичников
Ответ: а

146. В СЛУЧАЕ АУТОИММУННОГО ПОРАЖЕНИЯ ИЛИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ МАНИФЕСТИРУЕТ ТОЛЬКО ПРИ РАЗРУШЕНИИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА _____ МИНИМУМ НА _____ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) обоих надпочечников; 90
б) обоих надпочечников; 50
в) одного из надпочечников; 90
г) одного из надпочечников; 50
Ответ: а

147. ПРИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ АНАЛОГИЧНО КЛАССИЧЕСКИМ ФОРМАМ ВДКН У ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ
а) глюкокортикоидную терапию, а оценка компенсации заболевания основана на уровнях 17-гидроксипрогестерона, тестостерона и андростендиона
б) глюкокортикоидную терапию, а оценка компенсации заболевания основана на клинической картине
в) антиандрогенную терапию и/или комбинированные оральные контрацептивы, а оценка компенсации заболевания основана на уровнях 17-гидроксипрогестерона, тестостерона и андростендиона
г) антиандрогенную терапию и/или комбинированные оральные контрацептивы, а оценка компенсации заболевания основана на клинической картине
Ответ: а

148. ГИПОВОЛЕМИЯ И ТЯГА К СОЛЕНОЙ ПИЩЕ
а) в большей мере характерна для первичной, чем для вторичной формы надпочечниковой недостаточности
б) одинаково характерны и для первичной, и для вторичной формы надпочечниковой недостаточности
в) в большей мере характерна для вторичной, чем для первичной формы надпочечниковой недостаточности
г) характерна исключительно для острых форм первичной надпочечниковой недостаточности
Ответ: а

149. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОТОРЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ТОЛЬКО ПРИ ВТОРИЧНОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ

а) симптомы недостаточности тропных гормонов гипофиза

б) ортостатическую гипотензию и тягу к соленому

в) гипогликемию и гиперпигментацию кожи и слизистых

г) исчезновение подмышечного и лобкового оволосения у лиц женского пола

Ответ: а

150. ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА СНИЖЕНИЕМ СИНТЕЗА

а) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов, вследствие патологии гипоталамо-гипофизарной системы

б) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов, вследствие патологии надпочечников

в) глюкокортикоидов и минералокортикоидов, вследствие патологии гипоталамо-гипофизарной системы

г) глюкокортикоидов и минералокортикоидов, вследствие патологии надпочечников

Ответ: а

151. АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПРЕИМУЩЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ

а) белого вещества ЦНС и коры надпочечников

б) серого вещества ЦНС и коры надпочечников

в) белого вещества ЦНС и мозгового вещества надпочечников

г) серого вещества ЦНС и мозгового вещества надпочечников

Ответ: а

152. ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

а) можно вести только с использованием глюкокортикоидных препаратов длительного действия (преднизолон, дексаметазон, метипред), т.к. негативное влияние последних на конечный рост теряет значение

б) можно вести с использованием глюкокортикоидных препаратов короткого действия (гидрокортизон, кортеф), т.к. негативное влияние последних на конечный рост теряет значение

в) не рекомендуется вести только с использованием глюкокортикоидных препаратов длительного действия (преднизолон, дексаметазон, метипред) из-за негативного влияния последних на репродуктивную функцию

г) не рекомендуется вести с использованием глюкокортикоидных препаратов короткого действия (гидрокортизон, кортеф), из-за негативного влияния последних на репродуктивную функцию

Ответ: а

153. ДЕФИЦИТ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

а) первичной надпочечниковой недостаточности и приводит к повышению уровня ренина

б) вторичной надпочечниковой недостаточности и приводит к повышению уровня ренина

в) первичной надпочечниковой недостаточности и приводит к повышению уровня АКТГ

г) вторичной надпочечниковой недостаточности и приводит к повышению уровня АКТГ

Ответ: а

154. СИНАКТЕН ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СИНТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛОГ АКТГ

а) короткого действия, используемый в ходе стимулирующей пробы для диагностики ВДКН во всем мире

б) короткого действия, используемый в ходе стимулирующей пробы для диагностики ВДКН на территории РФ

в) пролонгированной формы, используемый в ходе стимулирующей пробы для диагностики ВДКН во всем мире

г) пролонгированной формы, используемый в ходе стимулирующей пробы для диагностики ВДКН на территории РФ

Ответ: а

155. СТИМУЛИРУЮЩАЯ ПРОБА С СИНАКТЕНОМ-ДЕПО, ПРИМЕНЯЕТСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

а) ВДКН, а ее результаты оцениваются по критериям для результатов короткой пробы

б) ВДКН, а ее результаты оцениваются по собственным критериям

в) синдрома Кушинга, а ее результаты оцениваются по критериям для результатов короткой пробы

г) синдрома Кушинга, а ее результаты оцениваются по собственным критериям

Ответ: а

156. НАРУШЕНИЕ ВОДНО-СОЛЕВОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

а) гипонатриемией и гиперкалиемией, а в случае Аддисонического криза – гиперкальциемией

б) гипонатриемией и гиперкалиемией, а в случае Аддисонического криза – гипокальциемией

в) гипернатриемией и гипокалиемией, а в случае Аддисонического криза – гиперкальциемией

г) гипернатриемией и гипокалиемией, а в случае Аддисонического криза – гипокальциемией

Ответ: а

157. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВДКН УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА БОЛЕЕ 300 НМОЛЬ/Л ИЛИ БОЛЕЕ 100 НГ/МЛ (10,000 НГ/ДЛ)

а) подтверждает наличие классической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы

б) свидетельствует о наличии классической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

в) подтверждает наличие неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы

г) свидетельствует о наличии неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

Ответ: а

158. СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, ОБЩАЯ И МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ

а) характерны и для первичной, и для вторичной форм надпочечниковой недостаточности

б) характерны для первичной, но не для вторичной формы надпочечниковой недостаточности

в) характерны для вторичной, но не для первичной формы надпочечниковой недостаточности

г) не характерны ни для первичной, ни для вторичной форм надпочечниковой недостаточности

Ответ: а

159. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СИНТЕЗ АНДРОГЕНОВ НАДПОЧЕЧНИКАМИ

а) может снижаться, выражаясь в исчезновении подмышечного и лобкового оволосения у лиц женского пола

б) может снижаться, но не приводит к каким-либо клиническим изменениям ни у мужчин, ни у женщин

в) никогда не снижается, в отличие от вторичной надпочечниковой недостаточности

г) никогда не снижается, как и при вторичной надпочечниковой недостаточности

Ответ: а

160. ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВДКН ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ

а) 11-дезоксикортизола – предшественника кортизола, находящегося непосредственно над ферментативным блоком

б) 17-гидроксипрогестерона – предшественника кортизола, находящегося непосредственно под ферментативным блоком

в) 11-дезоксикортизола – предшественника кортизола, находящегося непосредственно под ферментативным блоком

г) 17-гидроксипрогестерона – предшественника кортизола, находящегося непосредственно над ферментативным блоком

Ответ: а

161. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОТОРОЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) гиперпигментация кожи и слизистых

б) ортостатическая гипотензия

в) гипогликемия

г) исчезновение подмышечного и лобкового оволосения у лиц женского пола

Ответ: а

162. ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

а) первичной формы надпочечниковой недостаточности и обусловлена усилением синтеза АКТГ и других пептидов проопиомеланокортина

б) вторичной формы надпочечниковой недостаточности и обусловлена усилением синтеза АКТГ и других пептидов проопиомеланокортина

в) первичной формы надпочечниковой недостаточности и обусловлена снижением синтеза АКТГ и других пептидов проопиомеланокортина

г) вторичной формы надпочечниковой недостаточности и обусловлена снижением синтеза АКТГ и других пептидов проопиомеланокортина

Ответ: а

163. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВДКН УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА БОЛЕЕ 30 НМОЛЬ/Л ИЛИ БОЛЕЕ 10 НГ/МЛ (1000 НГ/ДЛ)

а) подтверждает наличие неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы

б) свидетельствует о наличии классической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

в) подтверждает наличие классической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы

г) свидетельствует о наличии неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

Ответ: а

164. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВДКН НЕОБХОДИМО, ЧТОБЫ В ХОДЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЫЛО ВЫЯВЛЕНО

а) одновременно 2 мутации в определяемых положениях гена (гомозиготная мутация либо 2 разные мутации в гетерозиготном положении), т.к. ВДКН является аутосомно-рецессивным заболеванием

б) одновременно 2 разные мутации в определяемых положениях гена (2 разные мутации в гетерозиготном положении, но не гомозиготная мутация), т.к. ВДКН является аутосомно-рецессивным заболеванием

в) одновременно 2 одинаковые мутации в определяемых положениях гена (гомозиготная мутация, но не 2 разные мутации в гетерозиготном положении), т.к. ВДКН является аутосомно-рецессивным заболеванием

г) минимум 1 мутация в определяемых положениях гена (отсутствие мутации в одном аллеле и хотя бы одна мутация в другом), т.к. ВДКН является аутосомно-доминантным заболеванием

Ответ: а

165. КОРРЕКЦИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА ВНУТРИМЫШЕЧНО В ДОЗЕ

а) 50-75 мг в сутки в течение 1-2 дней

б) 50-75 мг в сутки в течение недели

в) 100-150 мг в сутки в течение 1-2 дней

г) 100-150 мг в сутки в течение недели

Ответ: а

166. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

а) характерны и для первичной, и для вторичной форм надпочечниковой недостаточности

б) характерны для первичной, но не для вторичной формы надпочечниковой недостаточности

в) характерны для вторичной, но не для первичной формы надпочечниковой недостаточности

г) не характерны ни для первичной, ни для вторичной форм надпочечниковой недостаточности

Ответ: а

167. ПРИ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СИНТЕЗ АНДРОГЕНОВ НАДПОЧЕЧНИКАМИ

а) может снижаться, выражаясь в исчезновении подмышечного и лобкового оволосения у лиц женского пола

б) может снижаться, но не приводит к каким-либо клиническим изменениям ни у мужчин, ни у женщин

в) никогда не снижается, в отличие от вторичной надпочечниковой недостаточности

г) никогда не снижается, как и при вторичной надпочечниковой недостаточности

Ответ: а

168. РЕНИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

а) юкстагломерулярными клетками почек, а его уровень возрастает при первичной надпочечниковой недостаточности

б) юкстагломерулярными клетками почек, а его уровень возрастает при вторичной надпочечниковой недостаточности

в) клетками печени, а его уровень возрастает при первичной надпочечниковой недостаточности

г) клетками печени, а его уровень возрастает при вторичной надпочечниковой недостаточности

Ответ: а

169. ГИПЕРНАТРИЕМИЯ, ГИПОКАЛИЕМИЯ И ГИПОРЕНИНЕМИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ДЛЯ ТАКИХ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ, КАК

а) первичный гиперальдостеронизм и гипертоническая форма ВДКН

б) первичный гиперальдостеронизм и сольтеряющая форма ВДКН

в) надпочечниковая недостаточность и гипертоническая форма ВДКН
г) надпочечниковая недостаточность и сольтеряющая форма ВДКН
Ответ: а

170. ПРИ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
а) минералокортикоидная функция не страдает, т.к. она регулируется ренин-ангиотензин-альдостероновой системой
б) минералокортикоидная функция не страдает, т.к. она регулируется гипоталамо-гипофизарной системой
в) минералокортикоидная функция нарушена, т.к. она регулируется ренин-ангиотензин-альдостероновой системой
г) минералокортикоидная функция страдает, т.к. она регулируется гипоталамо-гипофизарной системой
Ответ: а

171. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ В ХОДЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВДКН ЛИШЬ ОДНОЙ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ МУТАЦИИ
а) человек считается здоровым гетерозиготным носителем, и лечения не требуется
б) диагностируется неклассическая форма ВДКН, и лечение зависит от проявлений
в) пациент является гетерозиготным носителем, и лечение зависит от проявлений
г) диагностируется классическая форма ВДКН, и лечение проводится обязательно
Ответ: а

172. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ С ВЫРАЖЕННЫМ ПОСТУРАЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ АД
а) в большей мере характерна для первичной, но не для вторичной формы надпочечниковой недостаточности
б) одинаково характерна и для первичной, и для вторичной форм надпочечниковой недостаточности
в) в большей мере характерна для вторичной, но не для первичной формы надпочечниковой недостаточности
г) характерна исключительно для острых форм первичной надпочечниковой недостаточности
Ответ: а

173. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ В ХОДЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВДКН КОМПАУНД-ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ МУТАЦИЙ (2 РАЗНЫЕ МУТАЦИИ В ГЕТЕРОЗИГОТНОМ ПОЛОЖЕНИИ)
а) диагностируется ВДКН, а клиническая картина соответствует снижению активности 21-гидроксилазы, ассоциированному с более «легкой» мутацией
б) пациент является гетерозиготным носителем, но требуется динамическое наблюдение из-за возможного развития клинических проявлений
в) диагностируется ВДКН, а клиническая картина соответствует снижению активности 21-гидроксилазы, ассоциированному с более «тяжелой» мутацией
г) человек считается здоровым гетерозиготным носителем, и лечения не требуется
Ответ: а

174. ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С СИНАКТЕНОМ-ДЕПО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИССЛЕДОВАНИЕ БАЗАЛЬНОГО УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА УТРОМ
а) в раннюю фолликулярную фазу цикла с последующим введением 1 мг синактена-депо
б) в фолликулярную фазу цикла после 5-7 дня с последующим введением 1 мг синактена-депо
в) в раннюю фолликулярную фазу цикла с последующим введением 2 мг синактена-депо
г) в фолликулярную фазу цикла после 5-7 дня с последующим введением 2 мг синактена-депо

Ответ: а

175. ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С СИНАКТЕНОМ-ДЕПО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИССЛЕДОВАНИЕ БАЗАЛЬНОГО УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА УТРОМ В РАННЮЮ ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ ФАЗУ ЦИКЛА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВВЕДЕНИЕМ _____ МГ СИНАКТЕНА-ДЕПО ВНУТРИМЫШЕЧНО И ПОВТОРНОЙ ОЦЕНКОЙ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ЧЕРЕЗ _____

а) 1; 12 и/или 24 часа
б) 1; 30 и/или 60 минут
в) 2; 12 и/или 24 часа
г) 2; 30 и/или 60 минут

Ответ: а

176. ПЕРВИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО МАНИФЕСТИРУЕТ В

а) среднем возрасте (между 20 и 50 годами), чаще встречаясь у женщин
б) среднем возрасте (между 20 и 50 годами), чаще встречаясь у мужчин
в) юном возрасте (до 20 лет), чаще встречаясь у женщин
г) юном возрасте (до 20 лет), чаще встречаясь у мужчин

Ответ: а

177. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

а) ортостатическая гипотензия вследствие обезвоживания и тяга к соленому
б) гипогликемия и гиперпигментация кожи и слизистых
в) гипергликемия и гипопигментация кожи и слизистых
г) исчезновение подмышечного и лобкового оволосения у лиц женского пола

Ответ: а

178. ГИПОНАТРИЕМИЯ, ГИПЕРКАЛИЕМИЯ, ГИПЕРРЕНИНЕМИЯ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ АЛЬДОСТЕРОНА В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

а) сольтеряющей формы дефицита 21-гидроксилазы
б) вирильной формы дефицита 21-гидроксилазы
в) неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы
г) классической формы дефицита 11В-гидроксилазы

Ответ: а

179. ПОВЫШЕНИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ВО ВРЕМЯ СТРЕССОРНЫХ СОСТОЯНИЙ (ОБШИРНАЯ ТРАВМА, ОПЕРАЦИЯ ПОД НАРКОЗОМ, РОДЫ) У ПАЦИЕНТОВ С ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ

а) проводится при классических формах, а при неклассических - только в случае получения низких значений уровня кортизола в ходе стимулирующей пробы с синтетическим АКТГ
б) проводится и при классических, и при неклассических формах в обязательном порядке
в) проводится только при классических формах в случае развития клиники надпочечниковой недостаточности
г) не проводится ни при классических, ни при неклассических формах

Ответ: а

180. ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С СИНАКТЕНОМ-ДЕПО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИССЛЕДОВАНИЕ БАЗАЛЬНОГО УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА УТРОМ В РАННЮЮ ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ ФАЗУ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ВДКН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫСОКИМ УРОВНЕМ

а) 11-дезоксикортизола и возможным повышением 17-гидроксипрогестерона
б) 11-дезоксикортизола, но всегда низким уровнем 17-гидроксипрогестерона
в) 17-гидроксипрогестерона и возможным повышением 11-дезоксикортизола
г) 17-гидроксипрогестерона, но всегда низким уровнем 11-дезоксикортизола
Ответ: а

181. ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ
а) характерна для первичной, но не для вторичной формы надпочечниковой недостаточности
б) характерна и для первичной, и для вторичной форм надпочечниковой недостаточности
в) характерна для вторичной, но не для первичной формы надпочечниковой недостаточности
г) не характерна ни для первичной, ни для вторичной форм надпочечниковой недостаточности
Ответ: а

182. В МОЗГОВОМ ВЕЩЕСТВЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЮТСЯ
а) катехоламины
б) минералокортикоиды
в) глюкокортикоиды
г) половые стероиды
Ответ: а

183. ХРОМАФФИННЫМИ КЛЕТКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ, СПОСОБНЫЕ К СИНТЕЗУ
а) катехоламинов и располагающиеся как в мозговом веществе надпочечников, так и внеорганно
б) катехоламинов и располагающиеся исключительно в мозговом веществе надпочечников
в) кортикостероидов и располагающиеся исключительно в корковом веществе надпочечников
г) кортикостероидов и располагающиеся как в корковом веществе надпочечников, так и внеорганно
Ответ: а

184. ЕСЛИ В ХОДЕ ТЕСТА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ, ВЫПОЛНЯЕМОГО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИКОВЫЙ УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА КРОВИ ПРЕВЫСИТ
а) 500 нмоль/л, можно говорить об отсутствии как первичной, так и вторичной формы заболевания
б) 250 нмоль/л, можно говорить об отсутствии как первичной, так и вторичной формы заболевания
в) 500 нмоль/л, можно говорить об отсутствии первичной, но не вторичной формы заболевания
г) 1000 нмоль/л, можно говорить об отсутствии вторичной, но не первичной формы заболевания
Ответ: а

185. МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО НАДПОЧЕЧНИКОВ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ
а) эктодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего мезодермальное происхождение
б) энтодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего энтодермальное происхождение
в) мезодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего эктодермальное происхождение
г) энтодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего эктодермальное происхождение
Ответ: а

186. ПАРАГАНГЛИОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ _____ СЛУЧАЕВ ОПУХОЛЕЙ ХРОМАФФИННОЙ ТКАНИ
а) вненадпочечниковой локализации, составляющей 15–20%

б) вненадпочечниковой локализации, составляющей 80–85%
в) надпочечниковой локализации, составляющей 15–20%
г) надпочечниковой локализации, составляющей 80–85%
Ответ: а

187. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) компьютерная томография с контрастным усилением
б) магнитно-резонансная томография с контрастным усилением
в) компьютерная томография без контрастного усиления
г) магнитно-резонансная томография без контрастного усиления
Ответ: а

188. ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ С 18F-ФТОРДОФАМИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ
а) только головы и шеи
б) любой локализации, кроме параганглиомы головы и шеи
в) только органов грудной клетки
г) только органов брюшной полости и малого таза
Ответ: а

189. К ОСОБЕННОСТЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫСОКУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТ
а) рецидивирующее течение
б) надпочечниковую локализацию
в) плотность по данным компьютерной томографии более 10 HU
г) одностороннее образование надпочечника
Ответ: а

190. ХРОМАФФИННЫЕ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГАМИ ЭФФЕКТОРНЫХ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ, КОТОРЫЕ
а) также способны синтезировать катехоламины, но в отличие от последних не имеют отростков
б) также способны синтезировать катехоламины и имеют отростки
в) в отличие от последних, не способны синтезировать катехоламины и не имеют отростков
г) в отличие от последних, не способны синтезировать катехоламины и имеют отростки
Ответ: а

191. К ГОРМОНАМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПРОИЗВОДНЫМИ АМИНОКИСЛОТЫ ТИРОЗИНА, ОТНОСЯТСЯ
а) тиреоидные гормоны и катехоламины
б) катехоламины и глюкокортикоиды
в) тиреоидные гормоны и минералокортикоиды
г) глюкокортикоиды и минералокортикоиды
Ответ: а

192. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПЕРВИЧНУЮ НАДПОЧЕЧНИКОВУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ
а) оценка базального уровня утреннего кортизола
б) тест с инсулиновой гипогликемией

в) стимуляционный тест с тетракозактидом
г) оценка базального уровня вечернего АКТГ и кортизола
Ответ: а

193. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НАРЯДУ С ИССЛЕДОВАНИЕМ МЕТАНЕФРИНА И НОРМЕТАНЕФРИНА В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВ ВОЗМОЖНО ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА УРОВЕНЬ
а) хромогранина А и метокситирамина
б) хромогранина А и адреналина
в) адреналина и метокситирамина
г) адреналина и норадреналина
Ответ: а

194. В СЕТЧАТОЙ ЗОНЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЮТСЯ
а) половые стероиды
б) минералокортикоиды
в) глюкокортикоиды
г) катехоламины
Ответ: а

195. ИСКЛЮЧЕНИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТАМ ПРИ НАЛИЧИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА
а) вне зависимости от размеров и наличия артериальной гипертензии
б) не менее 2 см, вне зависимости от наличия артериальной гипертензии
в) вне зависимости от размеров, но только при наличии артериальной гипертензии
г) не менее 2 см и только при наличии артериальной гипертензии
Ответ: а

196. НАИБОЛЕЕ КРУПНЫЕ ВНЕНАДПОЧЕЧНИКОВЫЕ СКОПЛЕНИЯ ХРОМАФФИННОЙ ТКАНИ (ПАРАГАНГЛИИ) РАСПОЛОЖЕНЫ У ОСНОВАНИЯ
а) наружной и внутренней сонных артерий и по ходу аорты и являются постоянными анатомическими образованиями
б) наружной и внутренней сонных артерий и по ходу нижней полой вены и являются постоянными анатомическими образованиями
в) внутренней ярёмной вены и по ходу аорты, но, как правило, подвергаются инволюции в первые годы жизни
г) внутренней ярёмной вены и по ходу нижней полой вены, но, как правило, подвергаются инволюции в первые годы жизни
Ответ: а

197. К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ УМЕНЬШАЮТ УРОВЕНЬ КОРТИКОСТЕРОИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА, А ПОТОМУ ТРЕБУЮТ ОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ НА УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО КОРТИЗОЛА, ОТНОСЯТСЯ
а) тиреотоксикоз
б) прием эстроген-содержащих препаратов
в) беременность
г) гипертриглицеридемия
Ответ: а

198. К ГОРМОНАМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПРОИЗВОДНЫМИ ХОЛЕСТЕРОЛА, ОТНОСЯТСЯ
а) глюкокортикоиды и минералокортикоиды
б) катехоламины и глюкокортикоиды

в) тиреоидные гормоны и минералокортикоиды
г) тиреоидные гормоны и катехоламины
Ответ: а

199. ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, МОЧЕИСПУСКАНИИ, ДЕФЕКАЦИИ И ДР.) МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ И/ИЛИ ТАХИАРИТМИЮ У ПАЦИЕНТА С
а) феохромоцитомой
б) альдостеромой
в) кортикостеромой
г) миелолипомой
Ответ: а

200. ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ В
а) сетчатой зоне коры надпочечников
б) клубочковой зоне коры надпочечников
в) пучковой зоне коры надпочечников
г) мозговом веществе надпочечников
Ответ: а

201. В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ РЕКОМЕНДОВАНО
а) определение метанефринов суточной мочи
б) определение катехоламинов суточной мочи
в) проведение компьютерной томографии
г) проведение магнитно-резонансной томографии
Ответ: а

202. В ХОДЕ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ СЦИНТИГРАФИЯ С 123I-МЕТАЙОДБЕНЗИЛГУАНИДИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА В СЛУЧАЕ
а) подозрения на метастатическое поражение и рассмотрения перспективы лечения 131I- метайодбензилгуанидином
б) подозрения на метастатическое поражение без учета рассмотрения перспективы лечения 131I-метайодбензилгуанидином
в) отсутствия подозрения на метастатическое поражение и исключительно надпочечниковой локализации
г) отсутствия подозрения на метастатическое поражение и локализации в области головы и шеи
Ответ: а

203. 20 МГ ГИДРОКОРТИЗОНА ПО СВОЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНЫ ПРЕДНИЗОЛОНУ В ДОЗЕ (В МГ)
а) 5
б) 10
в) 2,5
г) 0,5
Ответ: а

204. К ОСОБЕННОСТЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫСОКУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТ
а) мультифокальность поражения

б) надпочечниковую локализацию
в) плотность по данным компьютерной томографии более 10 HU
г) одностороннее образование надпочечника
Ответ: а

205. ПРЕПАРАТАМИ, НЕ ИСКАЖАЮЩИМИ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА НА МЕТИЛИРОВАННЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ КАТЕХОЛАМИНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ
а) блокаторы кальциевых каналов
б) трициклические антидепрессанты
в) симпатомиметики
г) ингибиторы моноаминоксидазы
Ответ: а

206. В ОСНОВЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ ДЕФИЦИТ
а) глюкокортикоидов и минералокортикоидов
б) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов
в) минералокортикоидов, но не глюкокортикоидов
г) минералокортикоидов и катехоламинов
Ответ: а

207. В КЛУБОЧКОВОЙ ЗОНЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЮТСЯ
а) минералокортикоиды
б) глюкокортикоиды
в) половые стероиды
г) катехоламины
Ответ: а

208. 5 МГ ПРЕДНИЗОЛОНА ПО СВОЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНЫ ДЕКСАМЕТАЗОНУ В ДОЗЕ (В МГ)
а) 0,5
б) 10
в) 2,5
г) 5
Ответ: а

209. ПРЕПАРАТАМИ, НЕ ИСКАЖАЮЩИМИ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА НА МЕТИЛИРОВАННЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ КАТЕХОЛАМИНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ
а) а-адреноблокаторы
б) трициклические антидепрессанты
в) симпатомиметики
г) ингибиторы моноаминоксидазы
Ответ: а

210. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ В
а) пучковой зоне коры надпочечников
б) клубочковой зоне коры надпочечников
в) сетчатой зоне коры надпочечников
г) мозговом веществе надпочечников
Ответ: а

211. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) длительная терапия глюкокортикоидами
б) опухоли гипоталамо-гипофизарной системы
в) оперативные вмешательства в области гипофиза
г) послеродовый инфаркт гипофиза

Ответ: а

212. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРЕХКРАТНОГО ПОВЫШЕНИЯ НОРМЕТАНЕФРИНА, ЛИБО МЕТАНЕФРИНА В ХОДЕ АНАЛИЗА СУТОЧНОЙ МОЧИ, ДИАГНОЗ «ФЕОХРОМОЦИТОМА»

а) не вызывает сомнений и не требует подтверждающих тестов
б) следует подтвердить в ходе повторного исследования через 3 месяца
в) следует подтвердить в ходе теста с клонидином
г) следует подтвердить в ходе теста с глюконатом кальция

Ответ: а

213. ПРИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЗАБОР КРОВИ ПРОИЗВОДЯТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

а) ренина, альдостерона, АКТГ
б) паратгормона
в) гормонов щитовидной железы
г) ренина

Ответ: а

214. В ОСНОВЕ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ ДЕФИЦИТ

а) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов
б) минералокортикоидов, но не глюкокортикоидов
в) глюкокортикоидов и минералокортикоидов
г) минералокортикоидов и катехоламинов

Ответ: а

215. СТАНДАРТНЫЙ ПРОТОКОЛ ТЕСТА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ЗАБОР ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЕЙ КОРТИЗОЛА И ГЛЮКОЗЫ ИСХОДНО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИИ ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ВНУТРИВЕННО В ДОЗЕ (В ЕД/кг)

а) 0,1–0,15
б) 0,25–0,5
в) 0,05–0,025
г) 0,5–1,0

Ответ: а

216. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ЭТО

а) аутоиммунная патология надпочечников у взрослых и ВДКН у детей
б) инфекционная патология надпочечников у взрослых и ВДКН у детей
в) опухолевая патология надпочечников у взрослых и аутоиммунная у детей
г) инфекционная патология надпочечников у взрослых и аутоиммунная у детей

Ответ: а

217. В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОРТИЗОЛА (80%)

а) связана с кортикостероидсвязывающим глобулином, а оставшиеся 10–15% – с альбумином

б) связана с альбумином, а оставшиеся 10–15% – с кортикостероидсвязывающим глобулином

в) находится в несвязанной с белками форме, а оставшиеся 10–15% связаны с альбумином

г) находится в несвязанной с белками форме, а оставшиеся 10–15% связаны с кортикостероидсвязывающим глобулином

Ответ: а

218. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГИДРОКОРТИЗОН ОБЫЧНО НАЗНАЧАЕТСЯ _____ РАЗА В ДЕНЬ, Т.К. ЕГО ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИНУТ

а) 2-3; 90

б) 1-2; 90

в) 2-3; 200

г) 1-2; 200

Ответ: а

219. К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ УМЕНЬШАЮТ УРОВЕНЬ КОРТИКОСТЕРОИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА, А ПОТОМУ ТРЕБУЮТ ОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ НА УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО КОРТИЗОЛА, ОТНОСЯТСЯ

а) нефротический синдром

б) прием эстроген-содержащих препаратов

в) беременность

г) гипертриглицеридемия

Ответ: а

220. К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ УМЕНЬШАЮТ УРОВЕНЬ КОРТИКОСТЕРОИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА, А ПОТОМУ ТРЕБУЮТ ОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ НА УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО КОРТИЗОЛА, ОТНОСЯТСЯ

а) цирроз печени

б) прием эстроген-содержащих препаратов

в) беременность

г) гипертриглицеридемия

Ответ: а

221. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СТИМУЛЯЦИОННОГО ТЕСТА С СИНТЕТИЧЕСКИМ АКТГ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (ТЕТРАКОЗАКТИДОМ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПИКОВОГО УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ, ПРЕВЫШЕНИЕ КОТОРОГО ИСКЛЮЧАЕТ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ (НМОЛЬ/Л)

а) 500

б) 700

в) 800

г) 900

Ответ: а

222. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

а) блокаторов минералокортикоидных рецепторов

б) дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов

в) блокаторы рецептора ангиотензина II

г) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

Ответ: а

223. ПОЛУЧЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ, ПРЕВЫШАЮЩЕГО 140 НМОЛЬ/Л (5 МКГ/ДЛ) В КОМБИНАЦИИ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ПЛАЗМЕННОГО АКТГ ПОВЫШЕННОЙ БОЛЕЕ, ЧЕМ В 2 РАЗА ОТНОСИТЕЛЬНО ВЕРХНЕГО ПРЕДЕЛА РЕФЕРЕНСНОГО ЗНАЧЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАДПОЧЕЧНИКОВУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

а) не подтверждает и не исключает наличия надпочечниковой недостаточности
б) подтверждает наличие первичной, но не вторичной формы заболевания
в) подтверждает наличие первичной или вторичной формы заболевания
г) подтверждает наличие вторичной, но не первичной формы заболевания

Ответ: а

224. ТЕСТ С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ _____ ФОРМЫ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

а) только вторичной
б) первичной, но не вторичной
в) вторичной, но не первичной
г) исключительно третичной

Ответ: а

225. ГОРМОНАМИ, КОТОРЫЕ СЕКРЕТИРУЮТСЯ ПОЧКАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ

а) ренин, эритропоэтин, 1,25 – дигидроксивитамин D3
б) эритропоэтин, паратгормон
в) ренин, альдостерон
г) ренин, паратгормон

Ответ: а

226. НАЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НА ЭТАПЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ УСЛОВИИ ПОЛУЧЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ,

а) не превышающего 140 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ повышенной более, чем в 2 раза относительно верхнего предела референсного значения
б) не превышающего 140 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ выше верхнего предела референсного значения
в) не превышающего 500 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ повышенной более, чем в 2 раза относительно верхнего предела референсного значения
г) не превышающего 500 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ выше верхнего предела референсного значения

Ответ: а

227. ПОЛУЧЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ, НЕ ПРЕВЫШАЮЩЕГО 140 НМОЛЬ/Л (5 МКГ/ДЛ) В КОМБИНАЦИИ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ПЛАЗМЕННОГО АКТГ ПОВЫШЕННОЙ БОЛЕЕ, ЧЕМ В 2 РАЗА ОТНОСИТЕЛЬНО ВЕРХНЕГО ПРЕДЕЛА РЕФЕРЕНСНОГО ЗНАЧЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАДПОЧЕЧНИКОВУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

а) подтверждает наличие первичной, но не вторичной формы заболевания
б) подтверждает наличие первичной или вторичной формы заболевания
в) подтверждает наличие вторичной, но не первичной формы заболевания
г) не подтверждает и не исключает наличия надпочечниковой недостаточности и требует выполнения стимулирующего теста

Ответ: а

228. СЛЕДУЕТ БЫТЬ ОСТОРОЖНЫМ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТА ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ КОРТИЗОЛА У ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАЮЩИХ ЭСТРОГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, Т.К. ТЕРАПИЯ ПОСЛЕДНИМИ ПРИВОДИТ К

а) повышению уровня кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и кортизола по результатам анализа

б) повышению уровня кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и уменьшению уровня кортизола по результатам анализа

в) понижению кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и уровня кортизола по результатам анализа

г) понижению кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и уменьшению уровня кортизола по результатам анализа

Ответ: а

229. ПОЛУЧЕНИЕ В ХОДЕ ТЕСТА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ, ВЫПОЛНЯЕМОГО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПИКОВОГО УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ МЕНЕЕ 500 НМОЛЬ/Л НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИИ МЕНЕЕ 2,2 ММОЛЬ/Л

а) является информативным и подтверждает наличие заболевания

б) не исключает наличия заболевания, но требует исследования базального уровня кортизола для подтверждения наличия заболевания

в) не исключает наличия заболевания, но требует исследования базального уровня АКТГ для подтверждения наличия заболевания

г) не является информативным и требует повторения стимулирующего теста

Ответ: а

230. В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МАРКЕРА АДЕКВАТНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ

а) ренин

б) альдостерон

в) 17-гидроксипрогестерон

г) АКТГ

Ответ: а

231. 20 МГ ГИДРОКОРТИЗОНА ПО СВОЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНЫ ДЕКСАМЕТАЗОНУ В ДОЗЕ (В МГ)

а) 0,5

б) 10

в) 2,5

г) 5

Ответ: а

232. СРЕДИ АССОЦИИРОВАННЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ МУТАЦИЯ ГЕНА

а) SDHB

б) VHL

в) RET

г) MAX

Ответ: а

233. ХРОМАФФИННЫЕ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГАМИ ЭФФЕКТОРНЫХ _____ НЕЙРОНОВ И СОСТАВЛЯЮТ ОСНОВНОЙ ВИД КЛЕТОК ПАРЕНХИМЫ _____ ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ

д) симпатических; мозгового
е) парасимпатических; мозгового
ж) симпатических; коркового
з) парасимпатических; коркового

Ответ: а

234. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) компьютерная томография с контрастным усилением
б) магнитно-резонансная томография с контрастным усилением
в) компьютерная томография без контрастного усиления
г) магнитно-резонансная томография без контрастного усиления

Ответ: а

235. ХРОМОГРАНИН А И МЕТОКСИТИРАМИН МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ В КАЧЕСТВЕ МЕТАБОЛИТОВ, ИЗМЕРЕНИЕ КОТОРЫХ МОЖЕТ ПОМОЧЬ В ДИАГНОСТИКЕ

а) феохромоцитомы
б) кортикостеромы
в) альдостеромы
г) миелолипомы

Ответ: а

236. ХРОМАФФИННЫЕ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГАМИ ЭФФЕКТОРНЫХ

а) симпатических нейронов и, как и последние, способны к выработке катехоламинов
б) симпатических нейронов, но в отличие от последних способны к выработке катехоламинов
в) парасимпатических нейронов и, как и последние, способны к выработке катехоламинов
г) парасимпатических нейронов, но в отличие от последних способны к выработке катехоламинов

Ответ: а

237. В СТРУКТУРЕ НАДПОЧЕЧНИКА САМОЙ ВНУТРЕННЕЙ ЧАСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

а) мозговое вещество
б) пучковая зона
в) клубочковая зона
г) сетчатая зона

Ответ: а

238. БОЛЬШИНСТВО ФЕОХРОМОЦИТОМ/ПАРАГАНГЛИОМ ИМЕЮТ НАТИВНУЮ ПЛОТНОСТЬ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

а) не менее 10 HU
б) не менее 20 HU
в) не менее 30 HU
г) менее 10 HU

Ответ: а

239. РЕГУЛЯЦИЯ СЕКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ МОЗГОВЫМ ВЕЩЕСТВОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

а) симпатической нервной системой, в отличие от секреции кортикостероидов корковым веществом, контролирующейся гуморально

б) симпатической нервной системой, аналогично секреции кортикостероидов корковым веществом

в) гуморальным способом, в отличие от секреции кортикостероидов корковым веществом, контролирующейся симпатической нервной системой

г) гуморальным способом, аналогично секреции кортикостероидов корковым веществом

Ответ: а

240. НАДПОЧЕЧНИКИ РАСПОЛАГАЮТСЯ _____ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ

а) ретроперитонеально на уровне XI–XII

б) мезоперитонеально на уровне XI–XII

в) ретроперитонеально на уровне VIII–IX

г) мезоперитонеально на уровне VIII–IX

Ответ: а

241. В СТРУКТУРЕ НАДПОЧЕЧНИКА СЕТЧАТАЯ ЗОНА ЯВЛЯЕТСЯ

а) самым внутренним слоем коры

б) залегающим посередине слоем коры

в) самым поверхностным слоем коры

г) самой внутренней частью органа

Ответ: а

242. ПАРАГАНГЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ РАСПОЛОЖЕННЫМИ ВНЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ СКОПЛЕНИЯМИ ХРОМАФФИННОЙ ТКАНИ, СОСТОЯЩЕЙ ИЗ КЛЕТОК АНАЛОГИЧНЫХ ЭФФЕКТОРНЫМ НЕЙРОНАМ

а) симпатической нервной системы, но не имеющие подходящих к ним преганглионарных нервных волокон

б) симпатической нервной системы, но не имеющие отростков

в) парасимпатической нервной системы, но не имеющие подходящих к ним преганглионарных нервных волокон

г) парасимпатической нервной системы, но не имеющие отростков

Ответ: а

243. ПОД ХРОМАФФИННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ СВОЙСТВО ОКРАШИВАТЬСЯ СОЛЯМИ ХРОМА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ КЛЕТОК ____ И ОБУСЛОВЛЕННОЕ СПОСОБНОСТЬЮ К СИНТЕЗУ_____

а) мозгового вещества; катехоламинов

б) мозгового вещества; кортикостероидов

в) коркового вещества; катехоламинов

г) коркового вещества; кортикостероидов

Ответ: а

244. К ОСОБЕННОСТЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫСОКУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТ

а) двусторонние образования надпочечников

б) надпочечниковую локализацию

в) плотность по данным компьютерной томографии более 10 HU

г) одностороннее образование надпочечника

Ответ: а

245. БЕРЕМЕННЫМ ПАЦИЕНТКАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ФЕОХРОМОЦИТОМУ/ПАРАГАНГЛИОМУ

а) противопоказана сцинтиграфия всего тела с 123I-метайодбензилгуанидином и позитронно-эмиссионной томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

б) противопоказана сцинтиграфия всего тела с 123I-метайодбензилгуанидином, но не позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

в) противопоказана позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой, но не сцинтиграфия всего тела с 123I-метайодбензилгуанидином

г) не противопоказана ни сцинтиграфия всего тела с 123I-метайодбензилгуанидином, ни позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

Ответ: а

246. У ПАЦИЕНТА С ПАРАГАНГЛИОМОЙ ПЕРВИЧНО НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

а) весь спектр SDHx-мутаций

б) только мутацию гена SDHD

в) только мутацию гена SDHB

г) только мутацию гена RET

Ответ: а

247. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ

а) органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза

б) исключительно надпочечниковой локализации

в) любой вненадпочечниковой локализации

г) расположенной в области головы и шеи

Ответ: а

248. КАТЕХОЛАМИНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ В

а) мозговом веществе надпочечников

б) клубочковой зоне коры надпочечников

в) пучковой зоне коры надпочечников

г) сетчатой зоне коры надпочечников

Ответ: а

249. МИНЕРАЛОКОРТИКОИДЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ В

а) клубочковой зоне коры надпочечников

б) пучковой зоне коры надпочечников

в) сетчатой зоне коры надпочечников

г) мозговом веществе надпочечников

Ответ: а

250. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА МУТАЦИЮ ГЕНА

а) SDHB

б) VHL

в) RET

г) MAX

Ответ: а

251. У ПАЦИЕНТА С ПАРАГАНГЛИОМОЙ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ И НАЛИЧИЕ ОТЯГОЩЕННОГО СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ПО ОТЦОВСКОЙ ЛИНИИ С ВЫСОКОЙ ДОЛЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ УКАЗЫВАЮТ НА МУТАЦИЮ ГЕНА

а) SDHD

б) SDHB
в) VHL
г) RET
Ответ: а

252. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ДЛЯ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ
а) расположенной в области головы и шеи
б) органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза
в) исключительно надпочечниковой локализации
г) любой вненадпочечниковой локализации
Ответ: а

253. К ОСОБЕННОСТЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫСОКУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТ
а) вненадпочечниковую локализацию
б) надпочечниковую локализацию
в) плотность по данным компьютерной томографии более 10 HU
г) одностороннее образование надпочечника
Ответ: а

254. МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО НАДПОЧЕЧНИКОВ ИМЕЕТ _____ ПРОИСХОЖДЕНИЕ И СОСТОИТ ИЗ КЛЕТОК, ЧЬИ ЭЛЕМЕНТЫ _____ К СОЛЯМ ХРОМА
а) эктодермальное; имеют сродство
б) мезодермальное; имеют сродство
в) эктодермальное; не имеют сродства
г) мезодермальное; не имеют сродства
Ответ: а

255. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) компьютерная томография с контрастным усилением
б) магнитно-резонансная томография с контрастным усилением
в) компьютерная томография без контрастного усиления
г) магнитно-резонансная томография без контрастного усиления
Ответ: а

256. ОДНОСТОРОННЯЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ ПРИ АЛЬДОСТЕРОНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЕ ИЛИ ОДНОСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИВОДИТ К НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ КАЛИЯ
а) у всех пациентов, а также полному излечению от АГ у 30-60% пациентов
б) у 70 % пациентов, а также полному излечению АГ у 15-30% пациентов
в) у 50 % пациентов, а также полному излечению АГ у 20-40% пациентов
г) у 80% всех пациентов, но практически никогда не приводит к излечению АГ
Ответ: а

257. ВВЕДЕНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА ПАРЕНТЕРАЛЬНО ВО ВРЕМЯ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, РЕКОМЕНДОВАНО

а) в случае получения уровня кортизола в ходе пробы с синтетическим аналогом АКТГ менее 500 нмоль/л

б) в случае получения уровня кортизола в ходе пробы с синтетическим аналогом АКТГ менее 1000 нмоль/л

в) в случае получения уровня 17-гидроксипрогестерона более 30 нмоль/л в ходе пробы с синтетическим аналогом АКТГ

г) в обязательном порядке, вне зависимости от результатов пробы с синтетическим аналогом АКТГ

Ответ: а

258. ЭПЛЕРЕНОН В ОТЛИЧИЕ ОТ СПИРОНОЛАКТОНА

а) не является агонистом прогестерона, но его минералокортикоидная активность составляет около 60% активности спиронолактона

б) не является агонистом прогестерона, а его минералокортикоидная активность не отличается от таковой у спиронолактона

в) является агонистом прогестерона, а его минералокортикоидная активность составляет около 60% активности спиронолактона

г) является агонистом прогестерона, а его минералокортикоидная активность составляет не отличается от таковой у спиронолактона

Ответ: а

259. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ (ДВУСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ)

а) как односторонняя, так и двусторонняя адреналэктомия редко улучшает течение АГ

б) как односторонняя, так и двусторонняя адреналэктомия чаще всего улучшает течение АГ

в) односторонняя адреналэктомия, в отличие от двусторонней чаще всего улучшает течение АГ

г) двусторонняя адреналэктомия, в отличие от односторонней, чаще всего улучшает течение АГ

Ответ: а

260. ЕСЛИ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВДКН НЕ УДАЕТСЯ СКОРРЕГИРОВАТЬ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, МОЖНО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИЗ КОТОРЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) дигидропиридиновые блокаторами Са-каналов

б) недигидропиридиновые блокаторами Са-каналов

в) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

г) блокаторы рецепторов к ангиотензину II

Ответ: а

261. ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ (ГК) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ ВДКН И ПРЕСЛЕДУЕТ ДВЕ ЦЕЛИ

а) восполнить дефицит кортизола и препятствовать избыточной продукции андрогенов

б) восполнить дефицит кортизола и дефицит андрогенов

в) препятствовать гиперсекреции кортизола и избыточной продукции андрогенов

г) препятствовать гиперсекреции и восполнить дефицит андрогенов

Ответ: а

262. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПРИ

а) семейном первичном гиперальдостеронизме 1-го типа

б) двусторонней гиперплазии надпочечников
в) альдостеронпродуцирующей аденоме надпочечника
г) односторонней гиперплазии надпочечника
Ответ: а

263. СПИРОНОЛАКТОН И ЭПЛЕРЕНОН ИМЕЮТ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК ГИПЕРКАЛИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С
а) III стадией хронической болезни почек (ХБП) и противопоказаны больным с IV стадией ХБП
б) II стадией хронической болезни почек (ХБП) и противопоказаны больным с IV стадией ХБП
в) III стадией хронической болезни почек (ХБП) и противопоказаны больным с III стадией ХБП
г) IV стадией хронической болезни почек (ХБП), но не имеют строгих противопоказаний при менее выраженном снижении почечной функции
Ответ: а

264. РЕКОМЕНДОВАННОЙ ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ ФЛУДРОКОРТИЗОНА ДЛЯ ТЕРАПИИ КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМ ВДКН ЯВЛЯЕТСЯ _____ МКГ/СУТКИ НА 1-2 ПРИЕМА, А ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТИЖЕНИЕ ЗНАЧЕНИЙ РЕНИНА ПЛАЗМЫ В ПРЕДЕЛАХ РЕФЕРЕНСА ИЛИ НЕМНОГО _____
а) 50-200; выше
б) 25-100; выше
в) 50-200; ниже
г) 25-100; ниже
Ответ: а

265. СПИРОНОЛАКТОН В ОТЛИЧИЕ ОТ ЭПЛЕРЕНОНА ИМЕЕТ _____ ЧИСЛО НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И НАЗНАЧАЕТСЯ _____ В ДЕНЬ
а) большее; один раз
б) меньшее; один раз
в) большее; дважды
г) меньшее; дважды
Ответ: а

266. В 1-Й ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ АЛЬДОСТЕРОНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ СПИРОНОЛАКТОН И ИНФУЗИЯ КАЛИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ
а) отменены, а другая антигипертензивная терапия сведена к возможному минимуму или отменена
б) отменены, а другая антигипертензивная терапия продолжена без коррекции
в) продолжены, а другая антигипертензивная терапия сведена к возможному минимуму или отменена
г) продолжены, а другая антигипертензивная терапия продолжена без коррекции
Ответ: а

267. УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА В ПРЕДЕЛАХ РЕФЕРЕНСНЫХ ЗНАЧЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМ ВДКН СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ
а) чрезмерной дозе глюкокортикоидов
б) адекватной дозе глюкокортикоидов
в) недостаточной дозе глюкокортикоидов
г) недостаточной дозе минералокортикоидов

Ответ: а

268. ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ СИНТЕЗ 11-ДЕЗОКСИКОРТИЗОЛА ИЗ

а) 17-гидроксипрогестерона
б) прогестерона
в) кортикостерона
г) 11-дезоксикортизола

Ответ: а

269. АДЕКВАТНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И УРОВНЮ

а) электролитов крови
б) альдостерона
в) 17-гидроксипрогестерона
г) АКТГ

Ответ: а

270. СПИРОНОЛАКТОН, ЯВЛЯЯСЬ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

а) препятствует развитию альдостероиндуцированного фиброза миокарда благодаря блокаде минералокортикоидных рецепторов (МКР), расположенных на эндотелиоцитах сосудов и кардиомиоцитах, но имеет побочные эффекты, обусловленные действием на рецепторы к андрогену и прогестерону

б) препятствует развитию альдостероиндуцированного фиброза миокарда благодаря блокаде минералокортикоидных рецепторов (МКР), расположенных на эндотелиоцитах сосудов и кардиомиоцитах и не имеет побочных эффектов, обусловленных действием на рецепторы к андрогену и прогестерону

в) не препятствует развитию альдостероиндуцированного фиброза миокарда благодаря блокаде минералокортикоидных рецепторов (МКР), расположенных на эндотелиоцитах сосудов и кардиомиоцитах, но имеет побочные эффекты, обусловленные действием на рецепторы к андрогену и прогестерону

г) не препятствует развитию альдостероиндуцированного фиброза миокарда благодаря блокаде минералокортикоидных рецепторов (МКР), расположенных на эндотелиоцитах сосудов и кардиомиоцитах и не имеет побочных эффектов, обусловленных действием на рецепторы к андрогену и прогестерону

Ответ: а

271. ЧТОБЫ МАКСИМАЛЬНО ФИЗИОЛОГИЧНО ВОСПРОИЗВЕСТИ ЦИРКАДНЫЙ РИТМ ВЫРАБОТКИ КОРТИЗОЛА, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГИДРОКОРТИЗОН НАЗНАЧАЕТСЯ В _____ ПРИЕМА, С ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕМ САМОЙ ВЫСОКОЙ ДОЗЫ (ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО 1/2 ИЛИ 2/3) НА _____

а) 2-3; утро
б) 2-3; вечер
в) 1-2; утро
г) 1-2; вечер

Ответ: а

272. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ИЛИ ПАЦИЕНТ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ДАЛЬНЕЙШИХ НЕОБХОДИМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

а) антагонистами минералокортикоидных рецепторов
б) антагонистами рецепторов ангиотензина II
в) дигидропиридиновыми блокаторами кальциевых каналов
г) недигидропиридиновыми блокаторами кальциевых каналов
Ответ: а

273. ЕСЛИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ФЛУДРОКОРТИЗОНОМ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОХРАНЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТЕКОВ, НЕОБХОДИМО
а) назначить гипотензивные препараты из группы ингибиторов АПФ
б) назначить гипотензивные препараты из группы антагонистов рецепторов минералокортикоидов
в) прекратить минералокортикоидную терапию флудрокортизоном
г) поменять глюкокортикоид на обладающий менее выраженным минералокортикоидным эффектом
Ответ: а

274. ОБ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ КОНТРОЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АДЕКВАТНО ПОДОБРАННОЙ ДОЗЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМАХ ВДКН СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА НЕМНОГО _____ РЕФЕРЕНСНЫХ ЗНАЧЕНИЙ, ЛИБО НА ИХ _____ ГРАНИЦЕ И НОРМАЛЬНЫЕ/ОКОЛОНОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ _____
а) выше; верхней; тестостерона и андростендиона
б) ниже; нижней; тестостерона и андростендиона
в) выше; верхней; тестостерона и АКТГ
г) ниже; нижней; тестостерона и АКТГ
Ответ: а

275. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА АЛЬДОСТЕРОН- И КОРТИЗОЛ-СЕКРЕТИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИ ДОКАЗАННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ РЕКОМЕНДОВАНО
а) проведение оперативного лечения (односторонняя адреналэктомия) без проведения сравнительного селективного забора крови из надпочечниковых вен
б) проведение оперативного лечения (двусторонняя адреналэктомия) без проведения сравнительного селективного забора крови из надпочечниковых вен
в) проведение сравнительного селективного забора крови из надпочечниковых вен с решением об оперативном лечении
г) медикаментозная терапия антагонистами минералокортикоидных рецепторов
Ответ: а

276. К МЕДИКАМЕНТАМ, ПРИЕМ КОТОРЫХ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗА СЧЕТ УСКОРЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА КОРТИЗОЛА, ОТНОСЯТСЯ
а) карбамазепин, фенобарбитал, рифампицин
б) аминоглютетимид, митотан, кетоконазол
в) ингибиторы CTLA-4 (ипилимумаб)
г) мультикиназные ингибиторы (сунитиниб)
Ответ: а

277. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ) НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФЛУДРОКОРТИЗОНОМ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ПЕРЕДОЗИРОВКЕ И НЕОБХОДИМОСТИ

а) уменьшить дозу флудрокортизона с рассмотрением назначения антигипертензивной терапии при сохранении АГ

б) отменить флудрокортизон и назначить ангигипертензивную терапию при сохранении АГ

в) уменьшить дозу флудрокортизона с рассмотрением возможности отмены при сохранении АГ

г) отменить флудрокортизон и перейти на монотерапию гидрокортизоном

Ответ: а

278. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННЕЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА В ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ

а) более эффективна и рентабельна, чем пожизненная консервативная терапия

б) более эффективна, но менее рентабельна, чем пожизненная консервативная терапия

в) в равной степени эффективна и рентабельна в сравнении с пожизненной консервативной терапией

г) менее эффективна и рентабельна, чем пожизненная консервативная терапия

Ответ: а

279. СООТНОШЕНИЕ АНДРОСТЕНДИОНА К ТЕСТОСТЕРОНУ <0,5 У МУЖЧИНЫ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВДКН СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ _____ КОНТРОЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, А БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТЕСТОСТЕРОНА ПРЕДСТАВЛЕНА ИМЕННО _____ ФРАКЦИЕЙ

а) удовлетворительном; тестикулярной

б) неудовлетворительном; тестикулярной

в) удовлетворительном; надпочечниковой

г) неудовлетворительном; надпочечниковой

Ответ: а

280. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, У КОТОРЫХ РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА КРАЙНЕ ВЫСОК, РЕШЕНИЕ О ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИНИМАЕТСЯ

а) в пользу медикаментозной терапии и отсутствия необходимости дообследования на предмет первичного гиперальдостеронизма

б) в пользу операции только при условии выявления одностороннего образования надпочечника по данным компьютерной томографии

в) только после получения результатов подтверждающего тестирования о наличии/отсутствии у пациента первичного гиперальдостеронизма

г) только после получения результатов ССВЗК (сравнительного селективного забора крови из надпочечниковых вен)

Ответ: а

281. ФЕНОМЕН КУШИНГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) артериальной гипертензией

б) гипотензией

в) низким венозным давлением

г) высоким содержанием белка в ликворе

Ответ: а

282. ОДНОСТОРОННЯЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ ПРИ АЛЬДОСТЕРОНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЕ ИЛИ ОДНОСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИВОДИТ К УЛУЧШЕНИЮ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

а) у всех пациентов и полному излечению от АГ у 30-60% пациентов

б) у 70% пациентов и полному излечению АГ у 15-30% пациентов
в) у 50% пациентов и полному излечению АГ у 20-40% пациентов
г) у 80% пациентов, но практически никогда к полному излечению от АГ
Ответ: а

283. ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ТЕРАПИИ КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕЦИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ДОЛЖНА ОПИРАТЬСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИМЕННО НА
а) данные объективного осмотра и клиническую картину
б) достижение целевых значений уровня АКТГ
в) достижение целевых значений уровня 17-гидроксипрогестерона
г) достижение целевых значений уровня тестостерона и андростендиона
Ответ: а

284. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ АЛЬДОСТЕРОНА ПОКАЗАНА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ФЛУДРОКОРТИЗОНОМ, СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА КОТОРОГО СОСТАВЛЯЕТ
а) 50-200 мкг, и потребление соли без ограничений
б) 50-200 мкг, и ограничение потребления соли
в) 25-50 мкг, и потребление соли без ограничений
г) 25-50 мкг, и ограничение потребления соли
Ответ: а

285. ПРЕПАРАТОМ, ОБЛАДАЮЩИМ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ЭФФЕКТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) дексаметазон
б) гидрокортизон
в) преднизолон
г) метилпреднизолон
Ответ: а

286. К МЕДИКАМЕНТАМ, ПРИЕМ КОТОРЫХ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗА СЧЕТ ИНГИБИРОВАНИЯ ФЕРМЕНТОВ СТЕРОИДОГЕНЕЗА, ОТНОСЯТСЯ
а) аминоглютетимид, митотан, кетоконазол, метирапон, этомидат
б) левотироксин, фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал, рифампицин
в) ингибиторы CTLA-4 (ипилимумаб)
г) мультикиназные ингибиторы (сунитиниб)
Ответ: а

287. ЭПЛЕРЕНОН В ОТЛИЧИЕ ОТ СПИРОНОЛАКТОНА ИМЕЕТ _____ ЧИСЛО НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И НАЗНАЧАЕТСЯ _____ В ДЕНЬ
а) меньшее; дважды
б) меньшее; один раз
в) большее; дважды
г) большее; один раз
Ответ: а

288.
ПРЕПАРАТОМ, ОБЛАДАЮЩИМ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ЭФФЕКТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) гидрокортизон
б) дексаметазон
в) преднизолон

г) метилпреднизолон
Ответ: а

289. СООТНОШЕНИЕ АНДРОСТЕНДИОНА К ТЕСТОСТЕРОНУ > 2 У МУЖЧИНЫ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВДКН СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ _____ КОНТРОЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, А БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ТЕСТОСТЕРОНА ПРЕДСТАВЛЕНА ИМЕННО _____ ФРАКЦИЕЙ
а) неудовлетворительном; надпочечниковой
б) неудовлетворительном; тестикулярной
в) удовлетворительном; надпочечниковой
г) удовлетворительном; тестикулярной
Ответ: а

290. ПРИ ОТСУТСТВИИ РЕЗУЛЬТАТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СРАВНИТЕЛЬНОГО СЕЛЕКТИВНОГО ЗАБОРА КРОВИ ИЗ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ВЕН (ССВЗК), СВЯЗАННОГО С НЕАДЕКВАТНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ КАТЕТЕРА, СОМНИТЕЛЬНЫМ ЛАТЕРАЛИЗУЮЩИМ ГРАДИЕНТОМ, КЛИНИЦИСТ МОЖЕТ ПО СВОЕМУ УСМОТРЕНИЮ
а) повторить ССВЗК или проводить лечение антагонистами минералокортикоидных рецепторов, либо предпринять одностороннюю адреналэктомию, основываясь на результатах других исследований
б) повторить ССВЗК или проводить лечение антагонистами минералокортикоидных рецепторов, но не выполнять адреналэктомию, основываясь на результатах других исследований
в) проводить лечение антагонистами минералокортикоидных рецепторов или предпринять одностороннюю адреналэктомию, основываясь на результатах других исследований
г) повторить ССВЗК или предпринять одностороннюю адреналэктомию, основываясь на результатах других исследований
Ответ: а

291. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АНТАГОНИСТАМИ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПРИ
а) двусторонней гиперплазии надпочечников
б) альдостеронпродуцирующей аденоме надпочечника
в) односторонней гиперплазии надпочечника
г) семейном первичном гиперальдостеронизме 1-го типа
Ответ: а

292. ПРЕПАРАТЫ АМИНОГЛЮТЕТИМИД, МИТОТАН, КЕТОКОНАЗОЛ, МЕТИРАПОН И ЭТОМИДАТ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗА СЧЕТ
а) ингибирования ферментов стероидогенеза
б) ускорения метаболизма кортизола
в) гиперактивации аутоиммунитета
г) провоцирования кровоизлияния в надпочечники
Ответ: а

293. ПРЕПАРАТЫ ФЕНИТОИН, КАРБАМАЗЕПИН, ФЕНОБАРБИТАЛ И РИФАМПИЦИН МОГУТ ПРИВЕСТИ К ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗА СЧЕТ
а) ускорения метаболизма кортизола
б) ингибирования ферментов стероидогенеза
в) гиперактивации аутоиммунитета
г) провоцирования кровоизлияния в надпочечники

Ответ: а

294. ПАЦИЕНТАМ С СЕМЕЙНЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ 1 ТИПА РЕКОМЕНДОВАНО

а) использование минимальной титрованной дозы глюкокортикоидов для коррекции АД калиемии с дополнительным назначением антагонистов минералокортикоидных рецепторов при невозможности достижения целевых значений

б) титрация дозы глюкокортикоидов до достижения целевых значений АД и калиемии без назначения антагонистов минералокортикоидных рецепторов

в) использование минимальной титрованной дозы антагонистов минералокортикоидных рецепторов для коррекции АД и калиемии с дополнительным назначением глюкокортикоидов при невозможности достижения целевых значений

г) использование минимальной титрованной дозы антагонистов минералокортикоидных рецепторов для коррекции АД и калиемии без назначения глюкокортикоидов

Ответ: а

295. В ДЕНЬ РОДОВ ЖЕНЩИНАМ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, У КОТОРЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕСТА С СИНАКТЕНОМ ВЫЯВЛЯЛОСЬ ПОВЫШЕНИЕ КОРТИЗОЛА МЕНЕЕ 500 НМОЛЬ/Л

а) необходимо введение гидрокортизона парентерально

б) необходим приём гидрокортизона перорально

в) не требуется дополнительная терапия

г) необходим приём флудрокортизона перорально

Ответ: а

296. ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПРИ АЛЬДОСТЕРОНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЕ НОРМАЛИЗАЦИЯ АД ИЛИ МАКСИМАЛЬНОЕ УЛУЧШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ АГ В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

а) 1-6 месяцев, но у части больных через 1 год

б) 1 год, но у части больных через 2 года

в) 3-6 месяцев у всех пациентов

г) 2-3 месяца у всех пациентов

Ответ: а

297. ПАЦИЕНТАМ С СЕМЕЙНЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ 1 ТИПА С ЦЕЛЬЮ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ЧАСТИЧНОЙ СУПРЕССИИ АКТГ РЕКОМЕНДОВАНО

а) использование синтетических глюкокортикоидов (дексаметазон или преднизолон) перед сном

б) использование гидрокортизона перед сном

в) использование синтетических глюкокортикоидов (дексаметазон или преднизолон) утром

г) использование гидрокортизона утром

Ответ: а

298. ОДНОСТОРОННЯЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ТОЛЬКО ПРИ

а) односторонней гиперпродукции вне зависимости от КТ-картины

б) альдостеронпродуцирующей аденоме надпочечника

в) односторонней гиперплазии надпочечника

г) двусторонней гиперплазии надпочечников

Ответ: а

299. ПРЕПАРАТЫ АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

а) классической формы дефицита 11В-гидроксилазы
б) вирильной формы дефицита 21-гидроксилазы
в) сольтеряющей формы дефицита 21-гидроксилазы
г) неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы

Ответ: а

300. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ 1 РАЗ В

а) год
б) 6 месяцев
в) 3 месяца
г) 2 года

Ответ: а

301. К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ МОЖНО НЕ ПРИБЕГАТЬ В СЛУЧАЕ

а) неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы
б) вирильной формы дефицита 21-гидроксилазы
в) сольтеряющей формы дефицита 21-гидроксилазы
г) классической формы дефицита 11В-гидроксилазы

Ответ: а

302. ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПРОТИВОПОКАЗАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВДКН У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК ЯВЛЯЕТСЯ

а) дексаметазон
б) гидрокортизон
в) преднизолон
г) метилпреднизолон

Ответ: а

303. ЕСЛИ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВДКН НЕ УДАЕТСЯ СКОРРЕГИРОВАТЬ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, МОЖНО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИЗ КОТОРЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) калий-сберегающие диуретики
б) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
в) блокаторы рецепторов к ангиотензину II
г) петлевые диуретики

Ответ: а

304. ОБ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ КОНТРОЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АДЕКВАТНО ПОДОБРАННОЙ ДОЗЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМАХ ВДКН СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА

а) немного выше референсных значений, либо на их верхней границе
б) немного ниже референсных значений, либо на их нижней границе
в) в пределах референсных значений ближе к их нижней границе
г) не менее чем в 2 раза меньше нижней границы референсных значений

Ответ: а

305. ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВДКН ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ДЛИТЕЛЬНОЙ

а) недостаточной терапии глюкокортикоидами, имеющие доброкачественный характер и чаще всего не требующие выполнения оперативного лечения

б) недостаточной терапии глюкокортикоидами, высокий злокачественный потенциал и чаще всего требующие выполнения оперативного лечения

в) избыточной терапии глюкокортикоидами, имеющие доброкачественный характер и чаще всего не требующие выполнения оперативного лечения

г) избыточной терапии глюкокортикоидами, высокий злокачественный потенциал и чаще всего требующие выполнения оперативного лечения

Ответ: а

306. К МЕДИКАМЕНТАМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ ЭПИЗОД ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИЛИ ТАХИАРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТСЯ

а) симпатомиметики

б) симпатолитики

в) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

г) блокаторы рецепторов к ангиотензину II

Ответ: а

307. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ФОНЕ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМА АДЕКВАТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ

а) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов, т.к. гидрокортизон в дозе > 40 мг способен компенсировать минералокортикоидный дефицит

б) глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов, т.к. гидрокортизон в дозе > 20 мг способен компенсировать минералокортикоидный дефицит

в) глюкокортикоидов и минералокортикоидов, т.к. гидрокортизон не обладает достаточной минералокортикоидной активностью

г) глюкокортикоидов и минералокортикоидов, т.к. гидрокортизон не имеет минералокортикоидной активности

Ответ: а

308. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ ПОКАЗАНА ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

а) α-адреноблокаторами, вне зависимости от наличия артериальной гипертензии

б) α-адреноблокаторами в случае наличия артериальной гипертензии

в) антагонистами минералокортикоидных рецепторов в случае наличия артериальной гипертензии

г) антагонистами минералокортикоидных рецепторов, вне зависимости от наличия артериальной гипертензии

Ответ: а

309. В СЛУЧАЕ ТРЕХКРАТНОГО РЕЖИМА ПРИЕМА ГИДРОКОРТИЗОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕТЬЮ, ПОСЛЕДНЮЮ И САМУЮ МЕНЬШУЮ ДОЗУ, СЛЕДУЕТ ПРИНЯТЬ НЕ ПОЗЖЕ, ЧЕМ ЗА _____ ЧАСА/ЧАСОВ ДО СНА, ЧТОБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ АССОЦИИРОВАННОЕ С ПОЗДНИМ ПРИЕМОМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ РАЗВИТИЕ _____

а) 4-6; инсулинорезистентности

б) 1-2; инсулинорезистентности

в) 4-6; остеопороза

г) 1-2; остеопороза
Ответ: а

310. К МЕДИКАМЕНТАМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ ЭПИЗОД ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИЛИ ТАХИАРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ
а) относятся ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина
б) относятся ингибиторы обратного захвата норадреналина, но не серотонина
в) относятся ингибиторы обратного захвата серотонина, но не норадреналина
г) не относятся ни ингибиторы обратного захвата серотонина, ни норадреналина
Ответ: а

311. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ АЛЬФА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
а) лекарственным препаратом первой линии терапии
б) лекарственным препаратом второй линии терапии
в) лекарственным препаратом третьей линии терапии
г) медикаментом, провоцирующим гипертонический криз и/или тахиаритмию
Ответ: а

312. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ В-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ МОГУТ БЫТЬ ДОБАВЛЕНЫ К А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ
а) минимум через 3 дня после назначения последних
б) минимум через 10 дней после назначения последних
в) только после стабилизации АД в пределах оптимальных значений
г) только после стабилизации ЧСС в пределах оптимальных значений
Ответ: а

313. ДЛЯ УСПЕШНОЙ ТЕРАПИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДИНАМИКЕ
а) нецелесообразно и уступает место клинической картине, как главному критерию эффективности лечения
б) целесообразно, т.к. исследование кортизола плазмы является главным критерием эффективности лечения
в) целесообразно и наряду с клинической картиной является одним из главных критериев эффективности лечения
г) целесообразно, т.к. исследование АКТГ плазмы является главным критерием эффективности лечения
Ответ: а

314. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ МОГУТ БЫТЬ ДОБАВЛЕНЫ К А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ
а) при тахикардии без необходимости соблюдения интервала перед назначением
б) минимум через 3 дня после назначения последних
в) минимум через 10 дней после назначения последних
г) только после стабилизации ЧСС в пределах оптимальных значений
Ответ: а

315. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ИНГИБИТОРОВ МОНОАМИНОКСИДАЗЫ БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
а) медикаментом, провоцирующим ухудшение самочувствия за счет повышения артериального давления и/или тахиаритмии

б) лекарственным препаратом первой линии терапии

в) медикаментом, провоцирующим ухудшение самочувствия за счет падения артериального давления и/или брадиаритмии

г) лекарственным препаратом второй-третьей линии терапии

Ответ: а

316. ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ А-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ МИНИМУМ ЗА _____ ДО ОПЕРАЦИИ

а) 7 дней

б) 2 дня

в) 2 месяца

г) 1 месяц

Ответ: а

317. К МЕДИКАМЕНТАМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ ЭПИЗОД ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ИЛИ ТАХИАРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРАГАНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТСЯ

а) обезболивающие из группы опиоидных анальгетиков

б) нестероидные противовоспалительные препараты

в) дигидропиридиновые блокаторы Са-каналов

г) недигидропиридиновые блокаторы Са-каналов

Ответ: а

318. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

а) дексаметазона

б) преднизолона

в) преднизона

г) флудрокортизона

Ответ: а

319. ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В МИНЕРАЛОКОРТИКОИДАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

а) возможна на основании значений натрия и калия в крови, но не на основании уровня плазменного ренина

б) возможна на основании значений натрия и калия в крови и на основании уровня плазменного ренина

в) возможна на основании значений натрия и калия в крови и на основании уровня альдостерона

г) неосуществима по данным лабораторных исследований и основана на клинической картине

Ответ: а

320. ОСНОВНЫМ БЕЛКОМ-ПЕРЕНОСЧИКОМ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) тироксинсвязывающий глобулин

б) тироксинсвязывающий преальбумин

в) альбумин

г) белок Пендрин

Ответ: а

321. ВЕЩЕСТВОМ, КОТОРОЕ ПРОДУЦИРУЕТСЯ ФОЛЛИКУЛЯРНЫМИ КЛЕТКАМИ И НАКАПЛИВАЕТСЯ В ВИДЕ КОЛЛОИДА В ФОЛЛИКУЛАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) тиреоглобулин
б) тиреопериоксидаза
в) кальцитонин
г) белок Пендреда
Ответ: а

322. КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВЫЗВАННЫЙ СТОЙКИМ ДЕФИЦИТОМ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЛИ СНИЖЕНИЕМ ИХ БИОЛОГИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА НА ТКАНЕВОМ УРОВНЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
а) гипотиреоз
б) гипертиреоз
в) дистиреоз
г) эутиреоз
Ответ: а

323. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПЛОДА СПОСОБНА САМОСТОЯТЕЛЬНО СЕКРЕТИРОВАТЬ ГОРМОНЫ К ___ БЕРЕМЕННОСТИ
а) 15-18 неделям
б) 8 неделе
в) 20 неделе
г) 28 неделе
Ответ: а

324. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 10
б) 1
в) 25
г) 50
Ответ: а

325. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЗОБА ПРИ ДИФФУЗНОМ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ СВЯЗАН С ДЕФИЦИТОМ ____ - ВЕЩЕСТВ, СДЕРЖИВАЮЩИХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ АУТОКРИННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА
а) йодлактонов
б) цитокинов
в) селенопротеинов
г) дейодиназ
Ответ: а

326. ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЮТ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ
а) креатинина
б) натрия
в) секс-стероид-связывающего глобулина
г) железа
Ответ: а

327. СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОПУХОЛИ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫДЕЛЯЮЩЕЙ ИЗБЫТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ГОРМОНА, ОТНОСЯТ К
а) «коричневой опухоли»

б) болезни Педжета
в) гемангиоме
г) гемангиоэндотелиоме
Ответ: а

328. ЭПОНИМИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА
а) Хашимото
б) Пламмера
в) Грейвса
г) Риделя
Ответ: а

329. МОЛЕКУЛА ТИРОКСИНА СОДЕРЖИТ _____ АТОМОВ ЙОДА
а) 4
б) 3
в) 2
г) 1
Ответ: а

330. ТРАНСПОРТ ЙОДА ЧЕРЕЗ БАЗАЛЬНУЮ МЕМБРАНУ ТИРОЦИТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
а) натрий-йодного симпортера
б) белка Пендрина
в) транспортёра MCT8
г) пассивной диффузии
Ответ: а

331. ПРИ ТЯЖЁЛОМ ГИПОТИРЕОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ МУЦИНОЗНЫЙ ОТЁК ВСЛЕДСТВИЕ НАКОПЛЕНИЯ В ТКАНЯХ
а) гликозаминогликанов
б) триглицеридов
в) воспалительных цитокинов
г) иммуноглобулинов
Ответ: а

332. ПОМИМО ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЙОД МОЖЕТ ТАКЖЕ ЗАХВАТЫВАТЬСЯ ТКАНЬЮ
а) слюнных желёз
б) печени
в) мозга
г) почек
Ответ: а

333. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ _____ ГИПОТИРЕОЗА
а) центрального
б) первичного
в) периферического
г) потребления
Ответ: а

334. ДИФФУЗНЫЙ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА
а) йода
б) селена
в) кальция
г) тироксина
Ответ: а

335. ДЛЯ ЭУТИРЕОИДНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРЕН
а) нормальный уровень тироксина и трийодтиронина
б) нормальный уровень тироксина и повышенный уровень трийодтиронина
в) повышенный уровень тироксина и нормальный уровень трийодтиронина
г) низкий уровень тироксина и нормальный уровень трийодтиронина
Ответ: а

336. БОЛЕЕ 80 % ЙОДА ВЫВОДИТСЯ ИЗ ОРГАНИЗМА С/СО
а) мочой
б) калом
в) слюной
г) потом
Ответ: а

337. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА
а) тиреоидных гормонов
б) тиреолиберина
в) ТТГ
г) бета-субъединицы ТТГ
Ответ: а

338. МОЛЕКУЛА РЕВЕРСИВНОГО ТРИЙОДТИРОНИНА СОДЕРЖИТ _____ АТОМОВ ЙОДА
а) 3
б) 4
в) 2
г) 1
Ответ: а

339. ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ К ПРОИЗВОДНЫМ
а) аминокислот
б) стероидов
в) белков
г) полиеновых жирных кислот
Ответ: а

340. К «БОЛЬШИМ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ОТНОСЯТ ГИПОТИРЕОЗ, АНТИТЕЛА К ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И
а) признаки аутоиммунного тиреоидита при УЗИ ЩЖ
б) наличие плотной ткани ЩЖ по данным пальпации
в) увеличение объём ЩЖ по данным томографии или УЗИ
г) уменьшение объёма ЩЖ в ходе динамического наблюдения
Ответ: а

341. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ОТМЕЧАЕТСЯ

а) плотная консистенция
б) болезненность
в) ограничение подвижности
г) загрудинное расположение

Ответ: а

342. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ДЛЯ I СТЕПЕНИ ЗОБА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЁМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

а) не видное при нормальном положении шеи
б) видное при нормальном положении шеи
в) видное при нормальном положении шеи и изменяющее конфигурацию шеи
г) видное при нормальном положении шеи и сопровождаемое компрессионном синдромом

Ответ: а

343. АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 2 ТИПА ПОМИМО НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

а) хронический аутоиммунный тиреоидит
б) сахарный диабет 2 типа
в) лимфоцитарный гипофизит
г) аутоиммунный инсулиновый синдром

Ответ: а

344. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ-ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ _____ ГИПОТИРЕОЗА

а) вторичного
б) первичного
в) третичного
г) периферического

Ответ: а

345. ХРОНИЧЕСКИЙ АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ ЯВЛЯЕТСЯ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

а) первичного гипотиреоза
б) тиреотоксикоза
в) узлов щитовидной железы
г) рака щитовидной железы

Ответ: а

346. ДИФФУЗНЫЙ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) увеличением объёма щитовидной железы без нарушения её функции
б) увеличением объёма щитовидной железы с нарушением её функции
в) уменьшением объёма щитовидной железы без нарушения её функции
г) уменьшением объёма щитовидной железы с нарушением её функции

Ответ: а

347. РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ИСПОЛЬЗУЮТ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ

а) щитовидной железы
б) печени
в) почек
г) костей

Ответ: а

348. МОЛЕКУЛА ТРИЙОДТИРОНИНА СОДЕРЖИТ _____ АТОМОВ ЙОДА
а) 3
б) 4
в) 2
г) 1
Ответ: а

349. МУТАЦИЯ ГЕНА, ОТВЕЧАЮЩЕГО ЗА СИНТЕЗ БЕТА-СУБЪЕДИНИЦЫ ТТГ, ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ _____ ГИПОТИРЕОЗА
а) вторичного
б) потребления
в) третичного
г) периферического
Ответ: а

350. ТАХИКАРДИЯ, ЭКЗОФТАЛЬМ, ТРЕМОР ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ
а) диффузного токсического зоба
б) эндемического зоба
в) гипотиреоза
г) сахарного диабета
Ответ: а

351. ПО ДАННЫМ ВОЗ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ ДО _____ КУБ.СМ
а) 25
б) 18
в) 20
г) 22
Ответ: а

352. ВСЛЕДСТВИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ГИПОТИРЕОЗ
а) периферический
б) первичный
в) вторичный
г) третичный
Ответ: а

353. БЫСТРЫЙ РОСТ ЗОБА С ПОЯВЛЕНИЕМ ПРИЗНАКОВ КОМПРЕССИИ ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ С ЭХОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АУТОИММУННОГО ПОРАЖЕНИЯ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОДОЗРИТЕЛЬНО В ОТНОШЕНИИ
а) лимфомы
б) медуллярного рака
в) липомы
г) фолликулярного новообразования
Ответ: а

354. СЕПТООПТИЧЕСКАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ _____ ГИПОТИРЕОЗА
а) центрального

б) первичного
в) периферического
г) потребления
Ответ: а

355. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ДЛЯ II СТЕПЕНИ ЗОБА ХАРАКТЕРНО
а) визуальное увеличение щитовидной железы
б) пальпаторное увеличение щитовидной железы
в) отсутствие увеличения щитовидной железы
г) наличие узловых образований без увеличения объёма щитовидной железы
Ответ: а

356. НАИБОЛЕЕ ИСЧЕРПЫВАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛИГНИЗАЦИЮ УЗЛОВОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ
а) пункционная биопсия
б) ультразвуковое исследование щитовидной железы
в) компьютерная томография железы
г) сцинтиграфия железы
Ответ: а

357. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА В ПОПУЛЯЦИИ ДЛЯ МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 3
б) 10
в) 25
г) 50
Ответ: а

358. ПО ДАННЫМ ВОЗ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ ДО _____ КУБ.СМ
а) 18
б) 20
в) 25
г) 15
Ответ: а

359. В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ КАЛЬЦИТОНИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) С-клетках
б) В-клетках
в) А-клетках
г) клетках Гюртле-Ашкенази
Ответ: а

360. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ДЛЯ 0 СТЕПЕНИ ЗОБА ХАРАКТЕРЕН ОБЪЁМ КАЖДОЙ ДОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
а) не превышающий объём дистальной фаланги большого пальца обследуемого
б) превышающий объём дистальной фаланги большого пальца обследуемого
в) не превышающий объём дистальной фаланги большого пальца обследующего
г) превышающий объём дистальной фаланги большого пальца обследующего
Ответ: а

361. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИФФУЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ПРОВОДИТСЯ С ТИРЕОИДИТОМ

а) Хашимото
б) подострым
в) послеродовым
г) Риделя

Ответ: а

362. К ГОРМОНАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

а) тироксин
б) тиреотропный гормон
в) тиреолиберин
г) паратиреоидный гормон

Ответ: а

363. САМОЙ КРУПНОЙ ЭНДОКРИННОЙ ЖЕЛЕЗОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

а) щитовидная железа
б) гипофиз
в) надпочечник
г) эпифиз

Ответ: а

364. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА: МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, ТАХИКАРДИЯ, ПОЛИУРИЯ, ЯВЛЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, БОЛЬ В КОСТЯХ, - ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

а) «коричневой опухоли»
б) болезни Педжета
в) фиброзной дисплазии
г) центральной гигантоклеточной гранулемы

Ответ: а

365. ЙОД ВСАСЫВАЕТСЯ В

а) тонком кишечнике
б) ротовой полости
в) толстом кишечнике
г) желудке

Ответ: а

366. ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

а) дефицит гормонов ЩЖ
б) повышение уровня гормонов ЩЖ
в) отсутствие изменения уровня гормонов ЩЖ
г) повышение биологической активности гормонов ЩЖ на тканевом уровне

Ответ: а

367. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ УРОВНЯ

а) тиреотропного гормона
б) кальцитонина
в) экскреции йода с мочой
г) тиреоглобулина

Ответ: а

368. МЕДИАННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЙОДУРИИ ОЗНАЧАЕТ

а) значение йодурии, находящееся в середине ряда отдельных показателей, расположенных по возрастанию

б) наиболее часто встречающийся арифметический показатель йодурии в группе обследованных

в) среднее арифметическое значение уровня йодурии всех обследованных людей

г) наибольший арифметический показатель в числовом ряду йодурии обследованных

Ответ: а

369. ЖИДКИМ БЕЛКОВЫМ ВЕЩЕСТВОМ, НАПОЛНЯЕМЫМ ФОЛЛИКУЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) коллоид

б) кальцитонин

в) белок Пендреда

г) тиреопероксидаза

Ответ: а

370. СУЩЕСТВЕННОЕ ПРЕВЫШЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА, ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) атрофического гастрита

б) несмыкаемости кардии

в) рака желудка

г) полипоза желудка

Ответ: а

371. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ СВОБОДНОГО Т4 ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ ____ РЕФЕРЕНТНОГО ИНТЕРВАЛА

а) выше среднего значения

б) ниже среднего значения

в) на нижней границе

г) на верхней границе

Ответ: а

372. ЭПОНИМИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ ФИБРОЗНОГО ИНВАЗИВНОГО ТИРЕОИДИТА

а) Риделя

б) Хашимото

в) Пламмера

г) Флаяни

Ответ: а

373. ДЛЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ

а) повышенный ТТГ и нормальный уровень св.Т4

б) повышенный ТТГ и низкий уровень св.Т4

в) низкий ТТГ и низкий уровень св.Т4

г) нормальный ТТГ и нормальный уровень св.Т4

Ответ: а

374. ТТГ-НЕЗАВИСИМОМУ ТИРЕОТОКСИКОЗУ СООТВЕТСТВУЕТ

а) низкий ТТГ и высокий св.Т4

б) нормальный ТТГ и нормальный св.Т4
в) высокий ТТГ и низкий св.Т4
г) низкий ТТГ и низкий св.Т4
Ответ: а

375. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ УРОВНЯ ТТГ В ПРЕДЕЛАХ _____ МЕД/Л ПОВТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ ТТГ НЕ ТРЕБУЕТСЯ
а) 0,1-2,5
б) 0,4-4,0
в) 2,5-4,0
г) 0,3-5,0
Ответ: а

376. МАНИФЕСТНОМУ ТИРЕОТОКСИКОЗУ СООТВЕТСТВУЕТ
а) подавленный ТТГ, нормальный св.Т4 и высокий уровень св.Т3
б) подавленный ТТГ, нормальный св.Т4 и нормальный св.Т3
в) высокий ТТГ, нормальный св.Т4 и низкий св.Т3
г) высокий ТТГ, низкий св.Т4 и низкий св.Т3
Ответ: а

377. НЕ ЗАРАЩЕНИЕ ТИРЕОГЛОССАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ____ КИСТЫ ШЕИ
а) срединной
б) бранхиогенной
в) дермоидной
г) эпидермоидной
Ответ: а

378. ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВЫШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ
а) ХГЧ
б) ТТГ
в) тироксина
г) тиреолиберина
Ответ: а

379. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА – ЗАБОЛЕВАНИЕ _____ ПРОИСХОЖДЕНИЯ
а) аутоиммунного
б) вирусного
в) бактериального
г) опухолевого
Ответ: а

380. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ТИРЕОИДИТ РИДЕЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) фиброзом с прорастанием капсулы щитовидной железы
б) гигантоклеточными гранулемами
в) наличием атипичных клеток фолликулярного эпителия
г) инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, обилием клеток Гюртле
Ответ: а

381. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЫДЕЛЯЮТ ____ ГИПОТИРЕОЗ

а) манифестный
б) первичный
в) вторичный
г) периферический
Ответ: а

382. МАНИФЕСТНОМУ ТИРЕОТОКСИКОЗУ СООТВЕТСТВУЕТ
а) подавленный ТТГ и высокий уровень св.Т4, св.Т3
б) нормальный ТТГ и нормальный уровень св.Т4, св.Т3
в) высокий ТТГ и низкий уровень св.Т4, св.Т3
г) высокий ТТГ и нормальный уровень св.Т4, св.Т3
Ответ: а

383. СУБСТРАТОМ ДЛЯ СИНТЕЗА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) тиреоглобулин
б) тиреопероксидаза
в) кальцитонин
г) трийодтироуксусная кислота
Ответ: а

384. ПРИ ТИРЕОИДИТЕ РИДЕЛЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПАЛЬПАТОРНО
а) плотная и безболезненная
б) эластической консистенции и безболезненная
в) плотная и болезненная
г) эластической консистенции и болезненная
Ответ: а

385. ГИПОТИРЕОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ____ АНЕМИИ
а) железодефицитной
б) апластической
в) серповидно-клеточной
г) микросфероцитарной
Ответ: а

386. СУЩЕСТВЕННОЕ ПРЕВЫШЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА, ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ
а) целиакии
б) болезни Крона толстой кишки
в) дивертикула пищевода
г) камней в желчном пузыре
Ответ: а

387. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА – АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ЩЖ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ЭНДОКРИННОЙ ОРБИТОПАТИЕЙ, ПРЕТИБИАЛЬНОЙ ДЕРМОПАТИЕЙ И _____
а) акропатией
б) пахидермоперостозом
в) остеоартропатией
г) деформирующим остеитом
Ответ: а

388. ТТГ СИНТЕЗИРУЕТСЯ _____ КЛЕТКАМИ АДЕНОГИПОФИЗА
а) базофильными
б) эозинофильными
в) хромофобными
г) ацидофильными
Ответ: а

389. ТИРЕОТОКСИКОЗ НЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
а) тиреоидита Риделя
б) рака щитовидной железы
в) хорионэпителиомы
г) аутоиммунного тиреоидита
Ответ: а

390. В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ГИПОТИРЕОЗОМ В АНАМНЕЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ КОНТРОЛЬ ТТГ ЧЕРЕЗ ___ НЕДЕЛЬ/НЕДЕЛИ ПОСЛЕ РОДОВ
а) 6
б) 2
в) 12
г) 10
Ответ: а

391. СУБКЛИНИЧЕСКОМУ ТИРЕОТОКСИКОЗУ СООТВЕТСТВУЕТ ПОДАВЛЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТТГ В СОЧЕТАНИИ С
а) нормальным св.Т4 и нормальным св.Т3
б) высокий св.Т4 и высоким св.Т3
в) нормальным св.Т4 и высоким св.Т3
г) низким св.Т4 и низким св.Т3
Ответ: а

392. ДЛЯ СИНДРОМА ХОФФМАНА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРНА
а) гипертрофия скелетной мускулатуры в сочетании с мышечной слабостью
б) атрофия скелетной мускулатуры и развитие крампи при физической нагрузке
в) гипертрофия скелетной мускулатуры с увеличением мышечной силы
г) атрофия скелетной мускулатуры и гипертрофия мышцы сердца
Ответ: а

393. В ПРОЦЕССЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ПО ХОДУ ТИРЕОГЛОССАЛЬНОГО ПРОТОКА ВОЗМОЖНА ЭКТОПИЯ ТКАНИ ЩЖ В
а) корне языка
б) области надпочечника
в) воротах лёгких
г) левой доле печени
Ответ: а

394. В СЛУЧАЕ ИНИЦИАЦИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА LT4+LT3 РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ, ИСХОДЯ ИЗ СООТНОШЕНИЯ LT4:LT3
а) 13:1
б) 5:1
в) 1:1
г) 27:1
Ответ: а

395. ПОДАВЛЕННЫЙ ТТГ С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ СВОБОДНОГО Т4 И СВОБОДНОГО Т3 СООТВЕТСТВУЕТ

а) субклиническому тиреотоксикозу
б) манифестному тиреотоксикозу
в) субклиническому гипотиреозу
г) манифестному гипотиреозу

Ответ: а

396. ГАЛАКТОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ

а) гипотиреоза
б) гипопаратиреоза
в) гипокортицизма
г) дефицита гормона роста

Ответ: а

397. ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ

а) повышенный ТТГ и низкий уровень св.Т4
б) повышенный ТТГ и нормальный уровень св.Т4
в) пониженный ТТГ и низкий уровень св.Т4
г) нормальный ТТГ и низкий уровень св.Т4

Ответ: а

398. ТИРЕОТОКСИКОЗ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ АНТИТЕЛ К

а) рецептору ТТГ
б) тиреопероксидазе
в) тиреоглобулину
г) рецептору ИФР-1

Ответ: а

399. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ ЙОДА НЕ БОЛЕЕ _____ МКГ В СУТКИ

а) 20
б) 70
в) 100
г) 200

Ответ: а

400. ЭПОНИМИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА - БОЛЕЗНЬ

а) Грейвса
б) Пламмера
в) Хашимото
г) Риделя

Ответ: а

401. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ПОКАЗАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

а) ХГЧ
б) ФСГ
в) АМГ
г) ЛГ

Ответ: а

402. ТТГ СИНТЕЗИРУЕТСЯ КЛЕТКАМИ
а) аденогипофиза
б) нейрогипофиза
в) промежуточной доли гипофиза
г) гипоталамуса
Ответ: а

403. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЫДЕЛЯЮТ ____ ГИПОТИРЕОЗ
а) осложнённый
б) первичный
в) центральный
г) тканевой
Ответ: а

404. ИЗМЕНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) снижением уровня общего тестостерона
б) повышением уровня секс-стероид-связывающего глобулина
в) увеличением уровня эстрадиола
г) снижением уровня пролактина
Ответ: а

405. ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) кальция
б) креатинина
в) триглицеридов
г) альбумина
Ответ: а

406. ТИРЕОТОКСИКОЗ - ЭТО СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ _____ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
а) повышением
б) снижением уровня
в) отсутствием изменения уровня
г) резистентностью тканей к действию
Ответ: а

407. ПОВЫШЕННАЯ ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЗЫВАЕТСЯ
а) гипертиреоз
б) гипотиреоз
в) тиреотоксикоз
г) тиреоидит
Ответ: а

408. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА – АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: АКРОПАТИЕЙ, ПРЕТИБИАЛЬНОЙ ДЕРМОПАТИЕЙ И _____
а) эндокринной орбитопатией

б) ретракцией век
в) орбитальным псевдотумором
г) дакриоаденитом
Ответ: а

409. У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩЖ И НОСИТЕЛЬСТВОМ АНТИТЕЛ К ТКАНИ ЩЖ ПЕРВОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ТТГ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
а) при наступлении беременности
б) на 8 неделе беременности
в) на 12 неделе беременности
г) на 22 неделе беременности
Ответ: а

410. СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ И ИХ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА РАЗЛИЧНЫЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ, НАЗЫВАЕТСЯ
а) тиреотоксикоз
б) гипертиреоз
в) гипотиреоз
г) тиреоидит
Ответ: а

411. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НЕОБХОДИМО ПРОКОНТРОЛИРОВАТЬ УРОВЕНЬ
а) ТТГ
б) Т4
в) Т3
г) кальцитонина
Ответ: а

412. ТИРЕОИДНЫЕ ГОРМОНЫ ОКАЗЫВАЮТ НА СЕРДЦЕ _____ ЭФФЕКТЫ
а) положительный хронотропный и положительный инотропный
б) положительный хронотропный и отрицательный инотропный
в) отрицательный хронотропный и отрицательный инотропный
г) отрицательный хронотропный и положительный инотропный
Ответ: а

413. ВСЛЕДСТВИЕ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ СТИМУЛИРУЮЩИХ АНТИТЕЛ К РЕЦЕПТОРУ ТТГ РАЗВИВАЕТСЯ
а) тиреотоксикоз
б) рак ЩЖ
в) гипотиреоз
г) подострый тиреоидит
Ответ: а

414. ЗАХВАТ РФП НИЖЕ ПОПУЛЯЦИОННОЙ НОРМЫ ПРИ СЦИНТИГРАФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
а) подостром тиреоидите
б) ТТГ-секретирующей аденоме гипофиза
в) многоузловом токсическом зобе
г) трофобластической болезни
Ответ: а

415. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) диастолической гипертензией
б) систолической гипертензией
в) диастолической гипотензией
г) артериальной гипотензией
Ответ: а

416. ЗАХВАТ РФП ВЫШЕ ПОПУЛЯЦИОННОЙ НОРМЫ ПРИ СЦИНТИГРАФИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
а) болезни Грейвса
б) подостром тиреоидите
в) амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе 2 типе
г) послеродовом тиреоидите
Ответ: а

417. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЫДЕЛЯЮТ ____ ГИПОТИРЕОЗ
а) субклинический
б) первичный
в) центральный
г) периферический
Ответ: а

418. В ПРОЦЕССЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ПО ХОДУ ТИРЕОГЛОССАЛЬНОГО ПРОТОКА ВОЗМОЖНА ЭКТОПИЯ ТКАНИ ЩЖ В
а) области дуги аорты
б) воротах почек
в) верхушке правого лёгкого
г) кардиальном отделе желудка
Ответ: а

419. НАКОПЛЕНИЕ В ТКАНЯХ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ИНГИБИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ НА
а) фибробласты
б) адипоциты
в) стволовые клетки
г) лимфоциты
Ответ: а

420. ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ _____ ЭТИОЛОГИИ
а) вирусной
б) грибковой
в) бактериальной
г) прионной
Ответ: а

421. ПОКАЗАНИЯ К ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТ РЕЗУЛЬТАТ
а) УЗИ
б) пальпации
в) сцинтиграфии

г) лабораторной диагностики
Ответ: а

422. НАЛИЧИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ШЕИ, УСКОРЕНИЯ СОЭ И ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОДОЗРИТЕЛЬНО В ОТНОШЕНИИ
а) подострого тиреоидита
б) цитокин-индуцированного тиреоидита
в) кровоизлияния в кисту щитовидной железы
г) острого тиреоидита
Ответ: а

423. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ____ КРОВИ
а) кальция
б) магния
в) железа
г) калия
Ответ: а

424. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕБЮТА ____ ТИРЕОИДИТА
а) подострого
б) цитокин-индуцированного
в) послеродового
г) аутоиммунного
Ответ: а

425. ПО ДАННЫМ ВОЗ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ _____ СОСТАВЛЯЕТ ДО 18 СМ 3
а) женщин
б) мужчин
в) детей
г) подростков
Ответ: а

426. ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
а) микрокальцинат
б) гиперэхогенная структура
в) ровный, чёткий контур
г) преобладание ширины над высотой
Ответ: а

427. СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФАЗЫ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА СОСТАВЛЯЕТ
а) 1,5-2 месяца
б) 7-10 дней
в) 1,5-2 года
г) 8-10 месяцев
Ответ: а

428. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТРАНЗИТОРНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ГИПЕРТИРЕОЗА И БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ

а) АТ-рТТГ
б) АТ-ТПО
в) ХГЧ
г) эстрадиола
Ответ: а

429. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПОДОСТРОМУ ТИРЕОИДИТУ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИ НОСИТЕЛЬСТВЕ ГАПЛОТИПА ___ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ
а) BW35
б) DR3
в) DQ
г) B8
Ответ: а

430. ЕСЛИ УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К РЕЦЕПТОРУ ТТГ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА ПОВЫШЕН, ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПОВТОРИТЬ В ___ НЕДЕЛИ/НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ
а) 18-22
б) 8-12
в) 14-20
г) 22-26
Ответ: а

431. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ КОХЕРА, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ
а) отставание верхнего века от верхнего лимба при взгляде вверх
б) потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
в) пигментация кожи вокруг глаз
г) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
Ответ: а

432. К НЕОПУХОЛЕВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ
а) узловой коллоидный зоб
б) папиллярная карцинома
в) фолликулярное новообразование
г) фолликулярная аденома
Ответ: а

433. К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
а) трансназальная аденомэктомия
б) резистентность к тиреоидным гормонам
в) радиойодтерапия по поводу диффузного зоба
г) аутоиммунный тиреоидит
Ответ: а

434. ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
а) преобладание высоты над шириной узла
б) гиперэхогенная структура
в) ровный, чёткий контур
г) гиперэхогенное включение с эффектом «хвост кометы»
Ответ: а

435. ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ
а) узлового коллоидного зоба
б) фолликулярного рака
в) болезни Грейвса
г) подострого тиреоидита
Ответ: а

436. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА УЗЛОВОГО ЗОБА РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) кальцитонина
б) свободного Т4
в) тиреоглобулина
г) общего Т3
Ответ: а

437. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ _____, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОТЕРЯ СПОСОБНОСТИ ФИКСИРОВАТЬ ВЗГЛЯД НА БЛИЗКОМ РАССТОЯНИИ
а) Мёбиуса
б) Грефе
в) Кохера
г) Жоффруа
Ответ: а

438. ИСХОДОМ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
а) полное восстановление
б) стойкий тиреотоксикоз
в) переход в хроническое течение
г) атрофия щитовидной железы
Ответ: а

439. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИРРАДИАЦИЕЙ В НИЖНЕЧЕЛЮСТНУЮ, ВИСОЧНУЮ ОБЛАСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ ТИРЕОИДИТА
а) подострого
б) цитокин-индцуцированного
в) амиодарон-ассоциированного
г) послеродового
Ответ: а

440. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ МЁБИУСА, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ
а) потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
б) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
в) отставание верхнего века от верхнего лимба при взгляде вверх
г) расширение глазной щели с появлением полоски между верхним лимбом и краем верхнего века
Ответ: а

441. ТИРЕОТОКСИКОЗ БЕЗ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
а) подостром тиреоидите

б) болезни Грейвса
в) тиреотропиноме
г) хорионкарциноме
Ответ: а

442. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ _____, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОТСТАВАНИЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА ОТ ВЕРХНЕГО ЛИМБА ПРИ ВЗГЛЯДЕ ВВЕРХ
а) Кохера
б) Штельвага
в) Дальримпля
г) Мёбиуса
Ответ: а

443. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ ДАЛЬРИМПЛЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ
а) расширение глазной щели с появлением полоски между верхним лимбом и краем верхнего века
б) потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
в) отставание верхнего века от верхнего лимба при взгляде вверх
г) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
Ответ: а

444. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ _____, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ С ПОЯВЛЕНИЕМ ПОЛОСКИ МЕЖДУ ВЕРХНИМ ЛИМБОМ И КРАЕМ ВЕРХНЕГО ВЕКА
а) Дальримпля
б) Кохера
в) Грефе
г) Мёбиуса
Ответ: а

445. К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
а) мутация гена, отвечающего за синтез бета-субъединицы ТТГ
б) резистентность к тиреоидным гормонам
в) радиойодтерапия по поводу диффузного зоба
г) аутоиммунный тиреоидит
Ответ: а

446. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ УЗЛОВОГО ЗОБА ПО ДАННЫМ ПАЛЬПАЦИИ ЩЖ (ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ) РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ
а) УЗИ ЩЖ
б) сцинтиграфии
в) тонкоигольной аспирационной биопсии
г) исследования уровня тиреоглобулина
Ответ: а

447. РАЗВИТИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА ВОЗМОЖНО ПРИ
а) травматическом повреждении головного мозга
б) радиойодтерапии по поводу диффузного зоба
в) аутоиммунном тиреоидите
г) резистентности к тиреоидным гормонам

Ответ: а

448. В РЕЗУЛЬТАТЕ ОЧАГОВОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ТИРЕОЦИТОВ РАЗВИВАЕТСЯ
а) узловой коллоидный зоб
б) папиллярный рак
в) медуллярная карцинома
г) фолликулярная аденома
Ответ: а

449. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА УЗЛОВОГО ЗОБА РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) ТТГ
б) свободного Т4
в) тиреоглобулина
г) общего Т3
Ответ: а

450. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
а) резистентности к тиреоидным гормонам
б) тиреоидэктомии по поводу диффузного токсического зоба
в) тиреоидэктомии по поводу папиллярного рака щитовидной железы
г) аутоиммунного тиреоидита
Ответ: а

451. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ _____, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ МЕЛКОЕ И БЫСТРОЕ ДРОЖАНИЕ ОПУЩЕННЫХ ИЛИ СЛЕГКА СОМКНУТЫХ ВЕК
а) Розенбаха
б) Грефе
в) Кохера
г) Дальримпля
Ответ: а

452. ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАЗРУШЕННЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАЛИЧИЕМ ГИГАНТСКИХ МНОГОЯДЕРНЫХ КЛЕТОК МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ
а) подострому тиреоидиту
б) коллоидному зобу
в) аутоиммунного тиреоидиту
г) фолликулярной опухоли
Ответ: а

453. ПОДАВЛЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА ЛПНП И ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЛПНП ВОЗНИКАЕТ ПРИ
а) гипотиреозе
б) аутоиммунном тиреоидите
в) тиреотоксикозе
г) узловом зобе
Ответ: а

454. ПОДАВЛЕННЫЙ ТТГ, ВЫСОКИЙ СВОБОДНЫЙ Т4 И ВЫСОКИЙ СВОБОДНЫЙ Т3 СООТВЕТСТВУЮТ

а) манифестному тиреотоксикозу
б) субклиническому тиреотоксикозу
в) манифестному гипотиреозу
г) субклиническому гипотиреозу
Ответ: а

455. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ В ДЕБЮТЕ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ
а) ускорение СОЭ
б) лейкоцитоз
в) нейтрофилия
г) лимфопения
Ответ: а

456. К КОНГЛОМЕРАТНОМУ УЗЛОВОМУ ЗОБУ ОТНОСЯТ
а) множественные узловые образования, спаянные друг с другом
б) сочетание диффузного и узлового зоба
в) узловые образования в обеих долях щитовидной железы
г) узловые образования с различными морфологическими характеристиками
Ответ: а

457. ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гипоэхогенная структура
б) ровный, чёткий контур
в) гиперэхогенное включение с эффектом «хвост кометы»
г) преобладание ширины над высотой
Ответ: а

458. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТТГ-СЕКРЕТИРУЮЩУЮ АДЕНОМУ ГИПОФИЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
а) МРТ головного мозга с контрастным усилением
б) МСКТ головного мозга без контрастного усиления
в) рентгенографии турецкого седла
г) сцинтиграфии щитовидной железы
Ответ: а

459. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ РОЗЕНБАХА, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ
а) мелкое и быстрое дрожание опущенных или слегка сомкнутых век
б) потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
в) отставание верхнего века от верхнего лимба при взгляде вверх
г) расширение глазной щели с появлением полоски между верхним лимбом и краем верхнего века
Ответ: а

460. ТРАНЗИТОРНЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ГИПЕРТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ СТИМУЛЯЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
а) ХГЧ
б) ТТГ
в) ЛГ
г) ФСГ

Ответ: а

461. ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) неровный, нечёткий контур
б) гиперэхогенная структура
в) гиперэхогенное включение с эффектом «хвост кометы»
г) преобладание ширины над высотой

Ответ: а

462. К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ ГРЕФЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ

а) отставание верхнего века от верхнего лимба при взгляде вниз
б) потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
в) пигментация кожи вокруг глаз
г) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх

Ответ: а

463. ДЛЯ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНА БОЛЬ В ОБЛАСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИРРАДИАЦИЕЙ В _____ ОБЛАСТЬ

а) околоушную
б) лобную
в) теменную
г) верхнечелюстную

Ответ: а

464. ПО ДАННЫМ ВОЗ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ _____ СОСТАВЛЯЕТ ДО 25 СМ3

а) мужчин
б) женщин
в) детей
г) подростков

Ответ: а

465. У БЕРЕМЕННЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТИРЕОСТАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ, УРОВЕНЬ ТТГ, СВОБОДНОГО Т4 НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ КАЖДЫЕ ___ НЕДЕЛИ/НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

а) 4
б) 2
в) 6
г) 8

Ответ: а

466. ПОДАВЛЕННЫЙ ТТГ, НОРМАЛЬНЫЙ СВОБОДНЫЙ Т4 И ВЫСОКИЙ СВОБОДНЫЙ Т3 СООТВЕТСТВУЮТ

а) манифестному тиреотоксикозу
б) субклиническому тиреотоксикозу
в) манифестному гипотиреозу
г) субклиническому гипотиреозу

Ответ: а

467. В ДЕБЮТЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА К ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА ПРИВОДИТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

а) тиреолиберина
б) АКТГ
в) ФСГ
г) ЛГ

Ответ: а

468. ТИРЕОТОКСИКОЗ ВСЛЕДСТВИЕ ВИРУСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ___ ТИРЕОИДИТЕ

а) подостром
б) остром
в) цитокин-индуцированном
г) фиброзирующем

Ответ: а

469. ПО ДАННЫМ УЗИ НАЛИЧИЕ ЗОН ПОНИЖЕННОЙ ЭХОГЕННОСТИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ БЕЗ ЧЁТКИХ КОНТУРОВ, ВЫТЯНУТЫХ ВДОЛЬ ДЛИННОЙ ОСИ ЩЖ (ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ) С ОТСУТСТВИЕМ КРОВОТОКА, ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ

а) подострого тиреоидита
б) карциномы ЩЖ
в) аутоиммунного тиреоидита
г) диффузного эндемического зоба

Ответ: а

470. ВЫСОКОСПЕЦИФИЧНЫМ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) васкуляризация по периферии узла
б) отсутствие ворот
в) гипоэхогенность узла
г) диаметр менее 6 мм

Ответ: а

471. ПРОВЕДЕНИЕ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МЕНЕЕ 1 СМ ПОКАЗАНО ПРИ

а) наличии измененных регионарных лимфоузлов
б) сопутствующем нарушении функции железы
в) возрасте пациентов старше 45 лет
г) уровне базального кальцитонина в пределах 2-5 пг/мл

Ответ: а

472. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА ПОКАЗАНО ПРИ

а) выявлении узлового образования
б) тиреотоксикозе
в) деструктивном тиреоидите
г) при болевом синдроме в области шеи

Ответ: а

473. ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а) компьютерная томография шеи

б) УЗИ щитовидной железы
в) рентгенография органов шеи с контрастированием пищевода
г) магнитно-резонансная томография шеи
Ответ: а

474. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИ УЗИ ИЗМЕНЁННЫХ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕИ ПОКАЗАНА ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ С ИССЛЕДОВАНИЕМ СМЫВА ИЗ ИГЛЫ НА
а) тиреоглобулин
б) тироксин
в) трийодтиронин
г) ТТГ
Ответ: а

475. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
а) компрессионного синдрома
б) нарушений функции щитовидной железы
в) структуры узловых образований
г) показаний для пункционной биопсии
Ответ: а

476. III ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ
а) атипии неопределённого значения
б) неинформативной пункции
в) фолликулярной опухоли
г) злокачественному новообразованию
Ответ: а

477. ОЦЕНКУ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МНОГОУЗЛОВОМ ЗОБЕ ПРОВОДЯТ ПО УРОВНЮ
а) ТТГ
б) Т4
в) Т3
г) кальцитонина
Ответ: а

478. V ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ
а) подозрению на злокачественное поражение
б) неинформативной пункции
в) атипии неопределённого значения
г) злокачественному новообразованию
Ответ: а

479. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ПРОВЕДЕННОЙ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ТАБ) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «BETHESDA, I» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ
а) повторное проведение ТАБ
б) хирургическое лечение
в) динамическое УЗИ наблюдение

г) молекулярно-генетическое исследование
Ответ: а

480. ПРИ ЗАГРУДИННОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЗОБА С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
а) компьютерной томографии шеи
б) сцинтиграфии щитовидной железы
в) рентгенографии органов шеи с контрастированием пищевода
г) магнитно-резонансной томографии шеи
Ответ: а

481. У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИ УЗИ ИЗМЕНЁННЫХ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕИ ПОКАЗАНА ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ С ИССЛЕДОВАНИЕМ СМЫВА ИЗ ИГЛЫ НА
а) кальцитонин
б) тироксин
в) трийодтиронин
г) ТТГ
Ответ: а

482. ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA
а) II
б) I
в) III
г) IV
Ответ: а

483. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА РЕФЕРЕНТНОГО ИНТЕРВАЛА ДЛЯ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ У ЖЕНЩИН НЕ БОЛЕЕ (ПГ/МЛ)
а) 5
б) 1
в) 2
г) 12
Ответ: а

484. I ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ
а) неинформативной пункции
б) доброкачественному образованию
в) фолликулярной опухоли
г) злокачественному новообразованию
Ответ: а

485. IV ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ
а) фолликулярной опухоли
б) неинформативной пункции
в) атипии неопределённого значения
г) злокачественному новообразованию
Ответ: а

486. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА РЕФЕРЕНТНОГО ИНТЕРВАЛА ДЛЯ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ У МУЖЧИН НЕ БОЛЕЕ (ПГ/МЛ)

а) 12
б) 1
в) 2
г) 5

Ответ: а

487. НЕИНФОРМАТИВНАЯ ПУНКЦИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

а) I
б) II
в) III
г) IV

Ответ: а

488. С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФОУЗЛАХ ШЕИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ СО СМЫВОМ ИЗ ИГЛЫ НА

а) кальцитонин
б) ТТГ
в) тиреоглобулин
г) тироксин

Ответ: а

489. ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

а) V
б) III
в) IV
г) VI

Ответ: а

490. ПАЦИЕНТОВ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ РИСКА НАЛИЧИЯ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НАЛИЧИИ

а) увеличенных регионарных лимфоузлов
б) узловых образований щитовидной железы более 3 см
в) возраста пациентов старше 45 лет
г) тиреотоксикоза

Ответ: а

491. ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ В СОЧЕТАНИИ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

а) сцинтиграфии
б) тонкоигольной аспирационной биопсии
в) определения уровня тиреоглобулина
г) открытой биопсии

Ответ: а

492. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ТАБ) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «BETHESDA, V» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

а) хирургическое лечение
б) динамическое УЗИ наблюдение
в) повторное проведение ТАБ
г) молекулярно-генетическое исследование

Ответ: а

493. ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) микрокальцинат
б) васкуляризация узла в области ворот
в) гипоэхогенность узла
г) диаметр менее 6 мм

Ответ: а

494. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

а) VI
б) III
в) IV
г) V

Ответ: а

495. ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) кистозный компонент
б) васкуляризация узла в области ворот
в) гипоэхогенность узла
г) диаметр менее 6 мм

Ответ: а

496. II ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ

а) доброкачественному образованию
б) неинформативной пункции
в) фолликулярной опухоли
г) злокачественному новообразованию

Ответ: а

497. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПУНКТАТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЖНО ФОРМУЛИРОВАТЬСЯ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

а) Bethesda
б) TIRADS
в) SCORE
г) Burch and Wartofsky

Ответ: а

498. С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФОУЗЛАХ ШЕИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ СО СМЫВОМ ИЗ ИГЛЫ НА

а) тиреоглобулин
б) ТТГ
в) кальцитонин
г) тироксин
Ответ: а

499. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ТАБ) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «BETHESDA, VI» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ
а) хирургическое лечение
б) динамическое УЗИ наблюдение
в) повторное проведение ТАБ
г) молекулярно-генетическое исследование
Ответ: а

500. VI ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ
а) злокачественному новообразованию
б) неинформативной пункции
в) атипии неопределённого значения
г) подозрению на злокачественное поражение
Ответ: а

501. ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ НЕОПЛАЗИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA
а) IV
б) II
в) V
г) VI
Ответ: а

502. ОЦЕНКУ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ ПРОВОДЯТ ПО УРОВНЮ
а) ТТГ
б) Т4
в) Т3
г) кальцитонина
Ответ: а

503. АТИПИЯ НЕОПРЕДЕЛЁННОГО ЗНАЧЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA
а) III
б) II
в) V
г) IV
Ответ: а

504. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА РЕКОМЕНДОВАН ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ТТГ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)
а) 12
б) 6
в) 18

г) 24
Ответ: а

505. С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФОУЗЛАХ ШЕИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ СО СМЫВОМ ИЗ ИГЛЫ НА
а) тиреоглобулин
б) ТТГ
в) кальцитонин
г) тироксин
Ответ: а

506. ПРИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ МЕНЕЕ 1 СМ ПРИ СЕМЕЙНОМ АНАМНЕЗЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО
а) проведение пункционной биопсии
б) определение уровня ТГ
в) определение уровня АТ к ТГ
г) хирургическое лечение
Ответ: а

507. РАДИОЙОДТЕРАПИЯ НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
а) болезни Грейвса (Базедов)
б) аутоиммунного тиреоидита Хашимото
в) фиброзирующего тиреоидита Риделя
г) подострого гранулематозного тиреоидита Де-Кервена
Ответ: а

508. ЦЕЛЬЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ
а) нормализация размеров щитовидной железы
б) нормализация функции щитовидной железы
в) ликвидация узлов щитовидной железы
г) ликвидация компрессионного синдрома
Ответ: а

509. К АНТИТИРЕОИДНЫМ СРЕДСТВАМ, РАЗРУШАЮЩИМ ФОЛЛИКУЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОТНОСЯТ
а) радиоактивный йод
б) тиамазол
в) пропилтиоурацил
г) калия перхлорат
Ответ: а

510. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТОВ ЙОДИДА КАЛИЯ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА, МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ, СВЯЗАННОЕ С
а) гиперкалиемией
б) гиперйодемией
в) гиперкальциемией
г) гипермагниемией
Ответ: а

511. ИСТИННЫМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) струма Хашимото
б) язвенная болезнь желудка
в) ревматизм
г) цирроз печени
Ответ: а

512. СМВ-ТЕРАПИЯ ОБЛАСТИ ГОРТАНИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ
а) заболеваниях щитовидной железы
б) хроническом фарингите
в) хроническом ларингите
г) хроническом гайморите
Ответ: а

513. РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ МАНИФЕСТНОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ В СУТКИ)
а) 2.3
б) 1.2
в) 1.6
г) 1.8
Ответ: а

514. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДОЗЫ ЙОДА, ЯВЛЯЕТСЯ
а) амиодарон
б) дронедарон
в) мерказолил
г) пропилтиоурацил
Ответ: а

515. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТАМИ ЙОДА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ЙОДИЗМА, СИМПТОМОМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ
а) тошнота
б) ощущение «кома в горле»
в) двустороннее пучеглазие
г) боль в области щитовидной железы
Ответ: а

516. К ГОРМОНАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, В СОСТАВ КОТОРЫХ ВХОДИТ ЙОД, ОТНОСЯТ
а) тироксин, трийодтиронин
б) тиреоглобулин
в) паратгормон
г) кальцитонин
Ответ: а

517. РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ МАНИФЕСТНОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ МКГ/КГ В СУТКИ
а) 1,6
б) 2,0
в) 0,9

г) 2,3
Ответ: а

518. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЦИНТИГРАФИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗАХВАТ РАДИОФАРМПРЕПАРАТА ____
а) диффузный повышенный
б) очаговый повышенный
в) пониженный
г) в пределах популяционной нормы
Ответ: а

519. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ИЗБЫТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ЙОДА В ОРГАНИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) йодиндуцированный тиреотоксикоз
б) первичный гипотиреоз
в) гипотироксинемия
г) тиреотоксический криз
Ответ: а

520. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ОБУСЛОВЛЕН
а) воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
б) воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
в) блокированием поступления йода в щитовидную железу
г) торможением конверсии тироксина в трийодтиронин
Ответ: а

521. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
а) левотироксин натрия
б) рекомбинантный ТТГ человека
в) препараты йода
г) генно-инженерный тиреолиберин
Ответ: а

522. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТИОНАМИДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
а) блокировании тиреоидной пероксидазы
б) нарушении транспорта йодидов внутрь клетки
в) подавлении протеолиза тиреоглобулина
г) нарушении конверсии Т4 в Т3
Ответ: а

523. ИСХОДНЫМ ПРОДУКТОМ ДЛЯ СИНТЕЗА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) тирозин
б) фенилаланин
в) лейцин
г) валин
Ответ: а

524. ОПТИМАЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

а) перевод в эутиреоидное состояние
б) обострение процесса
в) усиление экзофтальма
г) усиление потливости
Ответ: а

525. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ С УРОВНЕМ ТТГ МЕНЕЕ 10 МЕД/Л РЕКОМЕНДУЕТСЯ
а) наблюдение в динамике
б) терапия левотироксином натрия в малых дозах
в) назначение препаратов йода
г) контроль уровня АТ-ТПО с последующим решением об инициации лечения
Ответ: а

526. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ГИПОТИРОКСИНЕМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОКАЗАНО
а) наблюдение
б) терапия левотироксином натрия
в) прерывание беременности
г) терапия препаратами трийодтиронина
Ответ: а

527. СМВ-ТЕРАПИЯ НА ОБЛАСТЬ ШЕИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ
а) хроническом аутоиммунном тиреоидите
б) туберкулезе в анамнезе
в) хроническом ларингите
г) хроническом фарингите
Ответ: а

528. ОБОСНОВАННОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЗОБЕ 3 СТЕПЕНИ С ЯВЛЕНИЯМИ ТИРЕОТОКСИКОЗА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) плановая субтотальная резекция щитовидной железы
б) экстренная субтотальная резекция щитовидной железы
в) лечение тиреостатическими препаратами
г) гемиструмэктомия после подготовки
Ответ: а

529. ПРЕПАРАТ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ УТРОМ
а) за 30 минут до еды
б) во время еды
в) через 30 минут после еды
г) перед приёмом пищи
Ответ: а

530. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ТАБЛЕТКУ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ РЕКОМЕНДОВАНО
а) сменить бренд препарата
б) добавить терапию преднизолоном
в) добавить антигистаминный препарат
г) инициировать внутривенную терапию левотироксином натрия
Ответ: а

531. К АНТИТИРЕОИДНЫМ СРЕДСТВАМ, НАРУШАЮЩИМ ТРАНСПОРТ ЙОДА ВНУТРЬ ФОЛЛИКУЛОВ, ОТНОСЯТ

а) калия перхлорат
б) тиамазол
в) йодиды в фармакологических дозах
г) пропилтиоурацил

Ответ: а

532. ПЕРЕОЦЕНКА ПРИНИМАЕМОЙ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ НЕОБХОДИМА ПРИ

а) значительной динамике массы тела
б) смене сезонов года
в) нормализации уровня гормонов
г) приёме препарата более 5 лет

Ответ: а

533. РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У ВЗРОСЛЫХ БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ МКГ/КГ В СУТКИ

а) 1,6
б) 0,9
в) 2,1
г) 2,3

Ответ: а

534. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ИЛИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТТГ, СВЯЗАННОЕ С

а) потерей ингибирующего действия глюкокортикоидов на секрецию ТТГ
б) увеличением аутоиммунной реакции против ткани щитовидной железы
в) увеличением секреции тиреолиберина
г) усилением клиренса тиреоидных гормонов

Ответ: а

535. СОХРАНЕНИЕ ЖАЛОБ НА ФОНЕ КОМПЕНСАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ТРЕБУЕТ

а) исключения иных причин жалоб
б) увеличение дозы левотироксина натрия
в) инициации терапии селеном
г) смены бренда левотироксина натрия с сохранением дозы

Ответ: а

536. НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВОДИТЬ ЙОДНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ У БЕРЕМЕННЫХ С

а) гипотиреозом, принимающих левотироксин
б) многоузловым зобом
в) повышением уровня кальцитонина
г) носительством антител к ТПО

Ответ: а

537. ПРИ ПРИЁМЕ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ И НЕОБХОДИМОСТИ ПРИЁМА КАРБОНАТА КАЛЬЦИЯ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ПРЕПАРАТАМИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (В МИНУТАХ)

а) 240
б) 30
в) 60
г) 0
Ответ: а

538. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ РАДИОЙОДТЕРАПИИ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ГИПОТИРЕОЗ
а) первичный
б) центральный
в) вторичный
г) периферический
Ответ: а

539. ДЕСТРУКТИВНЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
а) послеродовом тиреоидите
б) болезни Грейвса
в) узловом токсическом зобе
г) тиреотропиноме
Ответ: а

540. К АНТИТИРЕОИДНЫМ СРЕДСТВАМ, НАРУШАЮЩИМ СИНТЕЗ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ОТНОСЯТ
а) тиамазол
б) калия перхлорат
в) лития карбонат
г) радиоактивный йод
Ответ: а

541. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ДОПУСТИМА
а) при достижении целевых значений ТТГ
б) используя только методы ВРТ
в) при низком уровне АТ-ТПО
г) после проведения плазмафереза
Ответ: а

542. ПРИ ПРИЁМЕ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ И НЕОБХОДИМОСТИ ПРИЁМА СУЛЬФАТА ЖЕЛЕЗА РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ПРЕПАРАТАМИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (В МИНУТАХ)
а) 240
б) 30
в) 60
г) 0
Ответ: а

543. ЛЕЧЕНИЕ ДИФФУЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА II СТЕПЕНИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С
а) препаратов йода
б) хирургического лечения
в) радиойодтерапии
г) цитостатической терапии
Ответ: а

544. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТИАМАЗОЛА ОТНОСИТСЯ
а) острый гепатит
б) беременность
в) лактация
г) почечная недостаточность
Ответ: а

545. ТИРЕОТОКСИКОЗ БЕЗ ГИПЕРТИРЕОЗА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ
а) подостром тиреоидите
б) хорионэпителиоме
в) токсической аденоме
г) тиреотропиноме
Ответ: а

546. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ГИПОТИРЕОЗ
а) первичный
б) центральный
в) вторичный
г) периферический
Ответ: а

547. КОНТРОЛЬ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ИНИЦИАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)
а) 6
б) 1
в) 3
г) 12
Ответ: а

548. В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ LT3+LT4 ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ
а) не рекомендуется
б) рекомендуется
в) рекомендуется у пациентов младше 25 лет
г) не рекомендуется у пациентов старше 65 лет
Ответ: а

549. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ
а) агранулоцитоз
б) гипотиреоз
в) суправентрикулярную тахикардию
г) зоб
Ответ: а

550. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ УРОВНЯ ТТГ В ПРЕДЕЛАХ 2,5-4,0 ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ УРОВНЕ АТ-ТПО ПОКАЗАН/ПОКАЗАНА
а) динамический контроль
б) терапия левотироксином натрия
в) терапия тиамазолом
г) прерывание беременности
Ответ: а

551. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ПРЕПАРАТАМИ ЙОДА ИСПОЛЬЗУЮТ

а) комбинированную терапию препаратами йода и тироксина
б) супрафизиологические дозы препаратов йода
в) хирургическое лечение в объёме тиреоидэктомии
г) терапию радиоактивным йодом 131I

Ответ: а

552. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ СТАРТОВАЯ ДОЗА ТИАМАЗОЛА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

а) 30-40
б) 10-15
в) 60-80
г) 5-10

Ответ: а

553. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРИЁМА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ УТРОМ ВОЗМОЖНО ПРИНИМАТЬ НА НОЧЬ ЧЕРЕЗ _____ МИНУТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПРИЁМА ПИЩИ

а) 120
б) 60
в) 30
г) 15

Ответ: а

554. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА – АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ЩЖ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ЭНДОКРИННОЙ ОРБИТОПАТИЕЙ, АКРОПАТИЕЙ И _____

а) претибиальной дермопатией
б) фибрилляцией предсердий
в) ретракцией век
г) гепатитом

Ответ: а

555. ПРИ РАЗВИТИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

а) гранулоцит-колониестимулирующего фактора
б) глюкокортикостероидов
в) производных пиримидина
г) метилурацила

Ответ: а

556. ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ТТГ (МЕД/Л) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЛЕВОТИРОКСИНОМ НАТРИЯ СОСТАВЛЯЮТ

а) 0,1-0,4
б) 0,4-2,5
в) 0,4-4,0
г) < 0,1

Ответ: а

557. ТРИ АТОМА ЙОДА СОДЕРЖИТ МОЛЕКУЛА

а) реверсивного трийодтиронина
б) тироксина
в) кальцитонина
г) дийодтирозина
Ответ: а

558. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ТРАНЗИТОРНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ГИПЕРТИРЕОЗА ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
а) бета-блокаторов
б) пропицила
в) тирозола
г) препаратов йода
Ответ: а

559. ТАБЛЕТКА АМИОДАРОНА 200 МГ СОДЕРЖИТ 75 ___ ЙОДА
а) миллиграмм
б) микрограмм
в) молекул
г) пикограмм
Ответ: а

560. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЭУТИРЕОИДНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАММЕРУНГА В ТЕЧЕНИЕ (В ДНЯХ)
а) 5-7
б) 30
в) 3
г) 20
Ответ: а

561. АМИОДАРОН СОДЕРЖИТ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДОЗЫ
а) йода
б) кальция
в) селена
г) биотина
Ответ: а

562. ТАБЛЕТКА АМИОДАРОНА 200 МГ СОДЕРЖИТ ___ МГ ЙОДА
а) 75
б) 50
в) 100
г) 125
Ответ: а

563. АГРАНУЛОЦИТОЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ФОНЕ ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ НЕЙТРОФИЛОВ МЕНЕЕ ___×109/Л
а) 0,5
б) 1,5
в) 0,1
г) 1,0
Ответ: а

564. ЛЕЧЕНИЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА И ЭНДОКРИННОЙ ОРБИТОПАТИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ, ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

а) тиреостатиков
б) радиойодтерапии
в) плазмафереза
г) хирургического лечения

Ответ: а

565. ЛЕЧЕНИЕ ТИРЕОТРОПИНОМЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ

а) транссфеноидальной аденомэктомии
б) экстрафасциальной тиреоидэктомии
в) терапии радиоактивным йодом
г) консервативной терапии тионамидами

Ответ: а

566. ДОЛГОСРОЧНАЯ ТИРЕОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА МОЖЕТ БЫТЬ РАССМОТРЕНА У ПАЦИЕНТОВ С

а) низкой ожидаемой продолжительностью жизни
б) нормальным объёмом щитовидной железы
в) сердечно-сосудистой патологией
г) низким уровнем антител к рецептору ТТГ

Ответ: а

567. В С-КЛЕТКАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

а) кальцитонин
б) тироксин
в) трийодтиронин
г) паратгормон

Ответ: а

568. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ СВОБОДНОГО Т4 И ТТГ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ СООТВЕТСТВУЕТ

а) эутиреоидной гипертироксинемии
б) первичному гипотиреозу
в) субклиническому тиреотоксикозу
г) манифестному тиреотоксикозу

Ответ: а

569. ПРИ ПЕРЕВОДЕ БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ С ТИАМАЗОЛА НА ПРОПИЛТИОУРАЦИЛ ИСХОДЯТ ИЗ СООТНОШЕНИЯ

а) 1:20
б) 1:5
в) 1:10
г) 1:50

Ответ: а

570. 150-200 МКГ СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ _____ В ЙОДЕ

а) взрослого человека
б) беременной женщины
в) женщины, планирующей беременность
г) детей до 7 лет

Ответ: а

571. ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЁМА ___ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА
а) амиодарона
б) дронедарона
в) соталола
г) бисопролола
Ответ: а

572. ПРИЁМ ПРОПИЛТИОУРАЦИЛА РЕКОМЕНДОВАН У БЕРЕМЕННЫХ ДО ____ НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ
а) 14
б) 16
в) 20
г) 8
Ответ: а

573. РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА СОСТАВЛЯЕТ (МКГ/КГ/СУТКИ)
а) 1,6
б) 0,9
в) 2,3
г) 2,1
Ответ: а

574. ТИРОКСИН ОТНОСИТСЯ К ГОРМОНАМ
а) щитовидной железы
б) надпочечников
в) поджелудочной железы
г) околощитовидных желез
Ответ: а

575. ТРИ АТОМА ЙОДА СОДЕРЖИТ МОЛЕКУЛА
а) трийодтиронина
б) тироксина
в) кальцитонина
г) дийодтирозина
Ответ: а

576. С ПОМОЩЬЮ БЕЛКА ПЕНДРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ТРАНСПОРТ
а) йода через апикальную мембрану тироцита
б) йода через базальную мембрану тироцита
в) калия через клеточную мембрану
г) железа в паренхиматозные органы
Ответ: а

577. К ПРОИЗВОДНЫМ АМИНОКИСЛОТ ОТНОСИТСЯ ГОРМОН
а) тироксин
б) кортикостерон
в) альдостерон
г) кортизон
Ответ: а

578. РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ У ПАЦИЕНТА МАССОЙ ТЕЛА 50 КГ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА СОСТАВЛЯЕТ (МКГ/КГ/СУТКИ)

а) 80
б) 50
в) 112
г) 150

Ответ: а

579. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ЯВЛЯЕТСЯ

а) грудное вскармливание
б) агранулоцитоз в анамнезе
в) орбитопатия Грейвса в неактивной стадии
г) объемное образование надпочечника

Ответ: а

580. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ ЭНДОКРИННОЙ ОРБИТОПАТИИ

а) средней степени тяжести, активной фазе
б) лёгкой степени тяжести, неактивной фазе
в) лёгкой степени тяжести, активной фазе
г) средней степени тяжести, неактивной фазе

Ответ: а

581. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

а) глюкокортикоиды
б) противовирусные
в) антибиотики
г) тиреостатики

Ответ: а

582. ТИРЕОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРАНЗИТОРНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ГИПЕРТИРЕОЗА

а) не рекомендуется
б) обязательна к применению
в) возможна при наличии симптомов
г) предпочтительна при высоком уровне свободного Т4

Ответ: а

583. РАЗВИТИЕ ЭУТИРЕОИДНОЙ ГИПЕРТИРОКСИНЕМИИ ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ

а) амиодароном
б) новокаинамидом
в) соталолом
г) бисопрололом

Ответ: а

584. ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЁМА _____ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

а) амиодарона

б) дронедарона
в) соталола
г) бисопролола
Ответ: а

585. ПЛАММЕРУНГ ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЙОДИДИДА КАЛИЯ В МИНИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (В МГ)
а) 100
б) 50
в) 210
г) 170
Ответ: а

586. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛИ В СУСТАВАХ, ЛИХОРАДКИ И ПОРАЖЕНИИ СОСУДОВ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПОКАЗАНО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) ANCA-позитивного васкулита
б) артериита Такаясу
в) гигантоклеточного артериита
г) узелкового полиартериита
Ответ: а

587. ОБЪЁМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА
а) экстрафасциальная тиреоидэктомия
б) секторальная резекция щитовидной железы
в) субтотальная резекция щитовидной железы
г) гемитиреоидэктомия
Ответ: а

588. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ _____ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ ЕЖЕДНЕВНО 250 МКГ ЙОДА
а) кормящие женщины
б) дети
в) все взрослые
г) подростки до 14 лет
Ответ: а

589. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)
а) 12-18
б) 3-4
в) 6-8
г) 10-12
Ответ: а

590. 40 МГ КАРБИМАЗОЛА ЭКВИВАЛЕНТНО ____ МГ ТИАМАЗОЛА
а) 30
б) 20
в) 10
г) 40
Ответ: а

591. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АМИОДАРОН-АССОЦИИРОВАННОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА СМЕШАННОГО ТИПА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

а) тиреоидэктомии
б) плазмафереза
в) гемодиализа
г) гемитиреоидэктомии

Ответ: а

592. ЧЕТЫРЕ АТОМА ЙОДА СОДЕРЖИТ МОЛЕКУЛА

а) тироксина
б) реверсивного трийодтиронина
в) кальцитонина
г) дийодтирозина

Ответ: а

593. РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ У ПАЦИЕНТА МАССОЙ ТЕЛА 100 КГ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА СОСТАВЛЯЕТ (МКГ/КГ/СУТКИ)

а) 160
б) 75
в) 100
г) 125

Ответ: а

594. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ТАБ) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «BETHESDA, II» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

а) динамическое УЗИ наблюдение
б) хирургическое лечение
в) повторное проведение ТАБ
г) молекулярно-генетическое исследование

Ответ: а

595. РАДИОЙОДТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ ЭНДОКРИННОЙ ОРБИТОПАТИИ

а) средней степени тяжести, активной фазе
б) лёгкой степени тяжести, неактивной фазе
в) лёгкой степени тяжести, активной фазе
г) средней степени тяжести, неактивной фазе

Ответ: а

596. ПРИ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН БЕРЕМЕННОСТЬ ВОЗМОЖНА ЧЕРЕЗ ____ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ

а) 6 месяцев
б) 12 месяцев
в) 18 месяцев
г) 24 месяца

Ответ: а

597. ПРИ ЛЁГКИХ ФОРМАХ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ

а) НПВС
б) противовирусными препаратами

в) бета-блокаторами
г) антибиотиками
Ответ: а

598. РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ У ПАЦИЕНТА МАССОЙ ТЕЛА 70 КГ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА СОСТАВЛЯЕТ (МКГ/КГ/СУТКИ)
а) 112
б) 75
в) 50
г) 150
Ответ: а

599. 1 КАПЛЯ СПИРТОВОГО РАСТВОРА ЙОДА СОДЕРЖИТ ____ МГ ЙОДИДА КАЛИЯ
а) 50
б) 100
в) 1
г) 25
Ответ: а

600. НЕЙТРОПЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ НА ФОНЕ ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ НЕЙТРОФИЛОВ МЕНЕЕ ___×109/Л
а) 1,5
б) 1,0
в) 0,5
г) 2,5
Ответ: а

601. ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ
а) болезни Грейвса
б) токсической аденоме
в) подостром тиреоидите
г) тиреотропиноме
Ответ: а

602. 1 КАПЛЯ РАСТВОРА ЛЮГОЛЯ СОДЕРЖИТ ____ МГ ЙОДИДА КАЛИЯ
а) 8
б) 100
в) 1
г) 36
Ответ: а

603. ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА НАЗНАЧАЮТ
а) глюкокортикоиды
б) тиреостатики
в) противовирусные препараты
г) антибиотики
Ответ: а

604. ТИРЕОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
а) многоузловом токсическом зобе

б) хроническом аутоиммунном тиреоидите
в) послеродовом тиреоидите
г) тиреотропиноме
Ответ: а

605. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ПО СХЕМЕ «БЛОКИРУЙ И ЗАМЕЩАЙ» ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ
а) беременности
б) большом объёме зоба
в) Т3-тиреотоксикозе
г) наличии фибрилляции предсердий
Ответ: а

606. ТИРЕОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
а) аутоиммунном гипертиреозе
б) гестационном гипертиреозе
в) цитокин-индуцированном тиреоидите
г) амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе 2 типа
Ответ: а

607. РАДИОЙОДТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ
а) многоузловом токсическом зобе
б) деструктивном тиреоидите
в) диффузном зобе с компрессионным синдромом
г) первичном гипотиреозе
Ответ: а

608. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ УЗЛОВОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ
а) беременность
б) тиреотоксикоз
в) возраст младше 30 лет
г) онкоанамнез
Ответ: а

609. ПУНКЦИЯ АНЭХОГЕННЫХ КИСТОЗНЫХ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЖНА БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПРИ
а) косметическом дефекте
б) нарушении функции щитовидной железы
в) размерах узлового образования более 1 см
г) возрасте пациента старше 50 лет
Ответ: а

610. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА РЕКОМЕНДОВАН ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ _____ 1 РАЗ В 12 МЕСЯЦЕВ
а) ТТГ
б) свободного Т4
в) АТ к ТПО
г) кальцитонина
Ответ: а

611. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ОБЪЕМЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

а) многоузловом коллоидном зобе
б) подостром тиреоидите
в) одноузловом токсическом зобе
г) первичном гипотиреозе
Ответ: а

612. РАДИОЙОДТЕРАПИЯ ПРИ УЗЛОВОМ КОЛЛОИДНОМ ЗОБЕ ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ
а) функциональной автономии
б) косметического дефекта
в) размеров узла более 3 см
г) фолликулярной опухоли по данным биопсии
Ответ: а

613. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМ КОЛЛОИДНЫМ ЗОБОМ ПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ
а) компрессионного синдрома
б) размера более 3 см в наибольшем измерении
в) более 1 узла в ткани ЩЖ
г) возраста моложе 30 лет
Ответ: а

614. ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА 1 СТЕПЕНИ
а) показано наблюдение
б) показана терапия препаратами йода
в) показана радиойодтерапия
г) показано хирургическое лечение
Ответ: а

615. О НАЛИЧИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЧАСТОТА ЗОБА У ШКОЛЬНИКОВ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 20-29,9
б) 5-19,9
в) 1-4,9
г) 30-49,9
Ответ: а

616. КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ
а) уровень ТТГ более 5 мЕд/л у новорождённых
б) медианная концентрация йодемии
в) частота зоба у беременных женщин
г) медианная концентрация тиреоглобулина в моче
Ответ: а

617. О НАЛИЧИИ ТЯЖЁЛОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЧАСТОТА ЗОБА У ШКОЛЬНИКОВ БОЛЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 30
б) 20
в) 10
г) 5
Ответ: а

618. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБОГАЩЕНИЕ СОЛИ ПРОВОДЯТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

а) йодата калия
б) йодида калия
в) йодида натрия
г) йодата натрия

Ответ: а

619. ОБ ОТСУТСТВИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ МЕДИАННОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЙОДУРИИ БОЛЕЕ _____ МКГ/Л

а) 100
б) 20
в) 50
г) 150

Ответ: а

620. ДОЛЯ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ, ЭФФЕКТИВНО ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ЙОДИРОВАННУЮ СОЛЬ, БОЛЕЕ ____ % СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ЭФФЕКТИВНОМ ПРОВЕДЕНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

а) 90
б) 20
в) 50
г) 70

Ответ: а

621. О НАЛИЧИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ МЕДИАННОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЙОДУРИИ _____ МКГ/Л

а) 20-49
б) 50-99
в) 100-149
г) 10-19

Ответ: а

622. ОБ ОТСУТСТВИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЧАСТОТА ЗОБА У ШКОЛЬНИКОВ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 5
б) 10
в) 20
г) 30

Ответ: а

623. О НАЛИЧИИ ЛЁГКОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЧАСТОТА ЗОБА У ШКОЛЬНИКОВ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 5-19.9
б) 20-29.9
в) 30-49.9
г) 50-69.9

Ответ: а

624. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИФФУЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ЦЕЛОМ В СТРАНЕ ПОКАЗАНО ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДОВ _____ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

а) массовой
б) групповой
в) индивидуальной
г) региональной

Ответ: а

625. К ПАЦИЕНТАМ, ИМЕЮЩИМ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОТИРЕОЗА, ОТНОСЯТСЯ ЛИЦА С

а) пернициозной анемией
б) раком щитовидной железы
в) миомой матки
г) аденомой предстательной железы

Ответ: а

626. О НАЛИЧИИ ЛЁГКОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ МЕДИАННОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЙОДУРИИ _____ МКГ/Л

а) 50-99
б) 100-150
в) 20-49
г) 10-20

Ответ: а

627. «ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ» ДОЗЫ ЙОДА СОСТАВЛЯЮТ НЕ МЕНЕЕ ___ МКГ

а) 1000
б) 300
в) 200
г) 5000

Ответ: а

628. НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЙОДА В 1 КГ ЙОДИРОВАННОЙ СОЛИ СОСТАВЛЯЕТ ___ МГ

а) 40
б) 20
в) 60
г) 100

Ответ: а

629. О НАЛИЧИИ ТЯЖЁЛОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ МЕДИАННОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЙОДУРИИ МЕНЕЕ _____ МКГ/Л

а) 20
б) 50
в) 100
г) 150

Ответ: а

630. У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ

а) энтеропанкреатической опухоли

б) апластического рака щитовидной железы
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) адренокортикального рака
Ответ: а

631. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И ГАСТРИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ
а) MEN1
б) RET
в) PRKAR1A
г) VHL
Ответ: а

632. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) общего кальция крови
б) метанефринов в суточной моче
в) копептина
г) инсулина крови
Ответ: а

633. ВЫЯВЛЕНИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С МАРФАНОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ
а) медуллярного рака щитовидной железы
б) пролактиномы
в) незидиобластоз
г) аденокарциномы надпочечников
Ответ: а

634. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ИНСУЛИНОМЫ И ПРОЛАКТИНОМЫ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

635. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА, СОМАТОТРОПИНОМЫ И ВЫЯВЛЕННОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ CDKN1B ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ
а) тип 4
б) тип 2б
в) тип 2а
г) тип 1
Ответ: а

636. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С МАРФАНОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ
а) RET
б) CAT
в) PAT

г) MED
Ответ: а

637. У ПАЦИЕНТА С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ
а) аденомы околощитовидной железы
б) адренокортикального рака
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) феохромоцитомы
Ответ: а

638. ВЫЯВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МУТАЦИИ ГЕНА RET ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ
а) первичного гиперпаратиреоза
б) пролактиномы
в) гастриномы
г) аденокарциномы надпочечников
Ответ: а

639. ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛЮКАГОНОМЫ И ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

640. ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА, РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ
а) AIRE
б) p53
в) FOXP3
г) VHL
Ответ: а

641. ОБНАРУЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ГИПОПАРАТИРЕОЗА ВМЕСТЕ С КАНДИДОЗОМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ
а) надпочечниковой недостаточности
б) гиперкортицизма
в) альдостеронизма
г) инсулиномы
Ответ: а

642. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА, ПРОЛАКТИНОМЫ И ВЫЯВЛЕННОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ CDKN1B ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ
а) тип 4
б) тип 2б
в) тип 2а
г) тип 1
Ответ: а

643. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ГИПОПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ

а) AIRE
б) FOXP3
в) AIP
г) VHL

Ответ: а

644. НАЛИЧИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА С НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

а) феохромоцитомы
б) кортикотропиномы
в) глюкагономы
г) аденокарциномы надпочечников

Ответ: а

645. НАЛИЧИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА С МАРФАНОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

а) феохромоцитомы
б) пролактиномы
в) ВИПомы
г) аденокарциномы надпочечников

Ответ: а

646. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МУТАЦИИ ГЕНА RET СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ

а) феохромоцитомы
б) тиреотропиномы
в) инсулиномы
г) низидиобластоза

Ответ: а

647. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МУТАЦИИ ГЕНА RET СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ

а) первичного гиперпаратиреоза
б) тиреотропиномы
в) гастриномы
г) аденокарциномы надпочечников

Ответ: а

648. НАЛИЧИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

а) медуллярного рака щитовидной железы
б) пролактиномы
в) незидиобластоз
г) аденокарциномы надпочечников

Ответ: а

649. У ПАЦИЕНТА С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ

а) энтеропанкреатической опухоли
б) анапластического рака щитовидной железы
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) адренокортикального рака

Ответ: а

650. ПРИ СОЧЕТАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

а) антител к 21-гидроксилазе
б) атител к интерферону-w2
в) антител к инсулину
г) антител к IgE

Ответ: а

651. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ

а) AIRE
б) p53
в) FOXP3
г) VHL

Ответ: а

652. У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ

а) аденомы гипофиза
б) аденомы бартолиновой железы
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) феохромоцитомы

Ответ: а

653. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ИНСУЛИНОМЫ И ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

654. ВЫЯВЛЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) первичной надпочечниковой недостаточности
б) гиперандрогенемии
в) альдостеронизма
г) инсулиномы

Ответ: а

655. ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА, РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ

а) AIRE
б) RET
в) AIP
г) VHL
Ответ: а

656. ВЫЯВЛЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ
а) гипопаратиреоза
б) гиперандрогенемии
в) альдостеронизма
г) инсулиномы
Ответ: а

657. ПРИ СОЧЕТАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) кортизола крови утром
б) кортизола крови вечером
в) кортизола в суточной моче
г) кортизола крови в пробе с 1 мг дексаметазона
Ответ: а

658. У ПАЦИЕНТА С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ _____ С УСТАНОВЛЕННЫМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1
а) матери
б) родного дяди
в) племянника
г) двоюродного брата
Ответ: а

659. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ
а) AIRE
б) FOXP3
в) AIP
г) VHL
Ответ: а

660. КЛИНИЧЕСКИ СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕН У ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ _____ И БОЛЕЕ ОПУХОЛЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ
а) двух
б) трех
в) четырех
г) пяти
Ответ: а

661. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И ПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2а
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

662. ОБНАРУЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВМЕСТЕ С КАНДИДОЗОМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ
а) гипопаратиреоза
б) гиперкортицизма
в) альдостеронизма
г) инсулиномы
Ответ: а

663. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И КОРТИКОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

664. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ
а) AIRE
б) p53
в) FOXP3
г) VHL
Ответ: а

665. У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ
а) матери с установленным синдромом множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) родного дяди с установленным синдромом множественной эндокринной неоплазии тип 1
в) племянника с установленным синдромом множественной эндокринной неоплазии тип 1
г) двоюродного брата с установленным синдромом множественной эндокринной неоплазии тип 1
Ответ: а

666. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ
а) AIRE
б) FOXP3
в) AIP
г) VHL
Ответ: а

667. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И СОМАТОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1

б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2б
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

668. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГАСТРИНОМЫ И ПРОЛАКТИНОМЫ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

669. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) кортизола крови утром
б) кортизола крови вечером
в) кортизола в суточной моче
г) кортизола крови в пробе с 1 мг дексаметазона
Ответ: а

670. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К
а) GAD65
б) интерферону-w2
в) IL-2
г) IgE
Ответ: а

671. СОЧЕТАНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МАРФАНОПОДОБНОГО ФЕНОТИПА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ
а) тип 2б
б) тип 1
в) тип 2а
г) тип 4
Ответ: а

672. ВЫЯВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МУТАЦИИ ГЕНА RET ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ
а) медуллярного рака щитовидной железы
б) соматотропиномы
в) гастриномы
г) аденокарциномы надпочечников
Ответ: а

673. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ
а) AIRE
б) RET

в) AIP
г) VHL
Ответ: а

674. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ
а) AIRE
б) RET
в) MEN1
г) VHL
Ответ: а

675. ВЫЯВЛЕНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФЕОХРОМОЦИТОМЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2б
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

676. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ
а) RET
б) FAD
в) MEN
г) MED
Ответ: а

677. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИП 1» У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) общего кальция крови
б) метанефринов в суточной моче
в) пролактина
г) инсулина крови
Ответ: а

678. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИП 1» У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) кортизола крови утром
б) кортизола крови вечером
в) кортизола в суточной моче
г) кортизола крови в пробе с 1 мг дексаметазона
Ответ: а

679. СОЧЕТАНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И НЕВРИНОМ СЛИЗИСТЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ
а) тип 2б
б) тип 1
в) тип 2а

г) тип 4
Ответ: а

680. СТОЙКАЯ ПОЛИУРИЯ И ПОЛИДИПСИЯ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИП 1 У ПАЦИЕНТА С АТРОФИЕЙ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ТУГОУХОСТЬЮ ПОДОЗРИТЕЛЬНА В ОТНОШЕНИИ
а) синдрома Вольфрама
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
Ответ: а

681. ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА ПРОЛАКТИНОМЫ И ИНСУЛИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
а) паратгормона и кальция крови
б) кальцитонина
в) метанефринов в суточной моче
г) альдостерона и ренина
Ответ: а

682. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ КАЛЬЦИФИЦИРОВАННОЙ ОПУХОЛИ КЛЕТОК СЕРТОЛИ У ПАЦИЕНТА С МИКСОМАМИ СЕРДЦА, КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОБЫ С
а) 1 мг дексаметазона
б) инсулиновой гипогликемией
в) сухоедением
г) голоданием
Ответ: а

683. ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА ПРОЛАКТИНОМЫ И ГАСТРИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
а) паратгормона и кальция крови
б) кальцитонина
в) кальцитриола
г) альдостерона и ренина
Ответ: а

684. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 634 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ФЕОХРОМОЦИТОМУ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ
а) 11
б) 16
в) 20
г) 25
Ответ: а

685. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ CDKN1B ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
а) инсулиноподобного фактора роста-1
б) кортизола крови утром
в) гастрина
г) кальцитонина
Ответ: а

686. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 883 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

а) 11
б) 16
в) 20
г) 25

Ответ: а

687. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 634 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

а) 11
б) 16
в) 20
г) 25

Ответ: а

688. СИНДРОМ ВОЛЬФРАМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ТИПАМИ НАСЛЕДОВАНИЯ

а) моногенным и рецессивным
б) полигенным и рецессивным
в) полигенным и доминантным
г) моногенным и доминантным

Ответ: а

689. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 609 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ФЕОХРОМОЦИТОМУ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

а) 16
б) 11
в) 20
г) 25

Ответ: а

690. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 634 ГЕНА RET НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

а) паратгормона и кальция крови
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) пролактина

Ответ: а

691. СИНДРОМ DIDMOAD ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ТИПАМИ НАСЛЕДОВАНИЯ

а) моногенным и рецессивным
б) полигенным и рецессивным
в) полигенным и доминантным
г) моногенным и доминантным

Ответ: а

692. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МИКСОМ СЕРДЦА, КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГОЛУБЫХ НЕВУСОВ И СОМАТОТРОПИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА

а) крови в пробе с 1 мг дексаметазона
б) крови утром
в) слюны утром
г) в ходе пробы с инсулиновой гипогликемией
Ответ: а

693. АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМОМ ТИП 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ТИПАМИ НАСЛЕДОВАНИЯ
а) моногенным и рецессивным
б) полигенным и рецессивным
в) полигенным и доминантным
г) моногенным и доминантным
Ответ: а

694. ВРОЖДЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРОДУКЦИИ БЕЛКА ВОЛЬФРАМИНА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ
а) синдрома DIDMOAD
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
Ответ: а

695. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ RET У ПАЦИЕНТА С МАРФАНОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ
а) кальцитонина
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) пролактина
Ответ: а

696. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ RET У ПАЦИЕНТА С МАРФАНОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ
а) метанефринов в суточной моче
б) кортизола в суточной моче
в) кортизола в пробе с 1 мг дексаметазона
г) пролактина
Ответ: а

697. У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ MEN1 ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) инсулиноподобного фактора роста-1
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) кальцитонина
Ответ: а

698. СИНДРОМ ВОЛЬФРАМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ
а) сахарного диабета и несахарного диабета
б) надпочечниковой недостаточности и гипогонадизма
в) гиперпролактинемии и гиперкортицизма
г) гиперпаратиреоза и гиперинсулинемии
Ответ: а

699. ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА СОМАТОРОПИНОМЫ И ИНСУЛИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) паратгормона и кальция крови
б) кальцитонина
в) метанефринов в суточной моче
г) альдостерона и ренина

Ответ: а

700. ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА ПРОЛАКТИНОМЫ И СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) паратгормона и кальция крови
б) кальцитонина
в) кальцитриола
г) альдостерона и ренина

Ответ: а

701. У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ MEN1 В ВОЗРАСТЕ 20 ЛЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

а) гастрина
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) кальцитонина

Ответ: а

702. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К

а) GAD65
б) интерферону-w2
в) IL-2
г) IgE

Ответ: а

703. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 634 ГЕНА RET НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

а) метанефринов в суточной моче
б) кортизола в суточной моче
в) кортизола в пробе с 1 мг дексаметазона
г) пролактина

Ответ: а

704. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 609 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

а) 16
б) 11
в) 20
г) 25

Ответ: а

705. ВРОЖДЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРОДУКЦИИ БЕЛКА ВОЛЬФРАМИНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СОЧЕТАНИЯ

а) сахарного диабета и несахарного диабета
б) надпочечниковой недостаточности и гипогонадизма
в) гиперпролактинемии и гиперкортицизма
г) гиперпаратиреоза и гиперинсулинемии
Ответ: а

706. У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ MEN1 ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) пролактина
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) кальцитонина
Ответ: а

707. У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ MEN1 ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) паратгормона и кальция крови
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) кальцитонина
Ответ: а

708. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ CDKN1B ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
а) паратгормона и кальция крови
б) кортизола крови утром
в) инсулина
г) гастрина
Ответ: а

709. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ПИГМЕНТНОЙ МИКРОНОДУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТА С МИКСОМАМИ СЕРДЦА, КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) инсулиноподобного фактора роста-1
б) копептина
в) гастрина
г) инсулина
Ответ: а

710. СИНДРОМ DIDMOAD ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ
а) сахарного диабета и несахарного диабета
б) надпочечниковой недостаточности и гипогонадизма
в) гиперпролактинемии и гиперкортицизма
г) гиперпаратиреоза и гиперинсулинемии
Ответ: а

711. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ RET У ПАЦИЕНТА С НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТЫХ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ
а) кальцитонина
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) пролактина

Ответ: а

712. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 918 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ФЕОХРОМОЦИТОМУ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

а) 11
б) 16
в) 20
г) 25

Ответ: а

713. СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА, АТРОФИИ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ТУГОУХОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) синдрома DIDMOAD
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2

Ответ: а

714. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 611 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ФЕОХРОМОЦИТОМУ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

а) 16
б) 11
в) 20
г) 25

Ответ: а

715. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 883 ГЕНА RET РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ СКРИНИНГА НА ФЕОХРОМОЦИТОМУ С ВОЗРАСТА _____ ЛЕТ

а) 11
б) 16
в) 20
г) 25

Ответ: а

716. СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома Вольфрама
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1

Ответ: а

717. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ КАЛЬЦИФИЦИРОВАННОЙ ОПУХОЛИ КЛЕТОК СЕРТОЛИ У ПАЦИЕНТА С МИКСОМАМИ СЕРДЦА, КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА

а) крови в пробе с 1 мг дексаметазона
б) крови утром
в) слюны утром
г) в ходе пробы с инсулиновой гипогликемией

Ответ: а

718. ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА И СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) паратгормона и кальция крови
б) кальцитонина
в) кальцитриола
г) альдостерона и ренина

Ответ: а

719. ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФРАМА СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ВЫЯВЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ

а) WFS1
б) MEN1
в) VHL
г) RET

Ответ: а

720. ПРИ СОЧЕТАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К

а) 21-гидроксилазе
б) интерферону-w2
в) IL-2
г) IgE

Ответ: а

721. СТОЙКАЯ ПОЛИУРИЯ И ПОЛИДИПСИЯ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИП 1 У ПАЦИЕНТА С АТРОФИЕЙ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ТУГОУХОСТЬЮ ПОДОЗРИТЕЛЬНА В ОТНОШЕНИИ

а) синдрома DIDMOAD
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2

Ответ: а

722. ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА СОМАТОРОПИНОМЫ И СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) паратгормона и кальция крови
б) кальцитонина
в) кальцитриола
г) альдостерона и ренина

Ответ: а

723. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 634 ГЕНА RET НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

а) кальцитонина
б) кортизола крови утром
в) свободного Т4
г) пролактина

Ответ: а

724. ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА СОМАТОРОПИНОМЫ И ГАСТРИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) паратгормона и кальция крови

б) кальцитонина
в) кальцитриола
г) альдостерона и ренина
Ответ: а

725. У ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 С АТРОФИЕЙ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ТУГОУХОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) несахарного диабета
б) инсулиномы
в) гипопаратиреоза
г) гиперкортицизма
Ответ: а

726. СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома DIDMOAD
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
Ответ: а

727. СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА, АТРОФИИ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ТУГОУХОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома Вольфрама
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
Ответ: а

728. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ RET У ПАЦИЕНТА С НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТЫХ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ
а) метанефринов в суточной моче
б) кортизола в суточной моче
в) кортизола в пробе с 1 мг дексаметазона
г) пролактина
Ответ: а

729. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МИКСОМ СЕРДЦА, КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГОЛУБЫХ НЕВУСОВ И СОМАТОТРОПИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОБЫ С
а) 1 мг дексаметазона
б) инсулиновой гипогликемией
в) сухоедением
г) голоданием
Ответ: а

730. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ТРИАДЫ УИППЛА В СОЧЕТАНИИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА, С-ПЕПТИДА, ПРОИНСУЛИНА И НИЗКИМ УРОВНЕМ β-ГИДРОКСИБУТИРАТА СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ
а) прием препаратов сульфонилмочевины
б) введение экзогенного инсулина
в) прием метформина
г) прием эмпаглифлозина

Ответ: а

731. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧКИ С ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И НАЛИЧИЕМ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

732. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗАНА С ИЗБЫТОЧНОЙ ПРОДУКЦИЕЙ

а) инсулиноподобного фактора роста 2
б) адренокортикотропного гормона
в) паратгормон-подобного пептида
г) инсулина

Ответ: а

733. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЭКЗОГЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ β-ГИДРОКСИБУТИРАТА

а) высоким; низким
б) высоким; высоким
в) низким; высоким
г) низким; низким

Ответ: а

734. СИНДРОМ МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА АССОЦИИРОВАН С МУТАЦИЕЙ ГЕНА

а) GNAS
б) RET
в) MEN1
г) BRCA

Ответ: а

735. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ ПРОИНСУЛИНА

а) низким; низким
б) высоким; низким
в) низким; высоким
г) высоким; высоким

Ответ: а

736. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АКРОМЕГАЛИИ У ПАЦИЕНТА С ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И НАЛИЧИЕМ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ

а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

737. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЭКЗОГЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ ПРОИНСУЛИНА

а) высоким; низким
б) высоким; высоким
в) низким; высоким
г) низким; низким
Ответ: а

738. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ СИНДРОМОМ POEMS МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ НАЛИЧИЕ
а) надпочечниковой недостаточности
б) гипотиреоза
в) нарушения толерантности к углеводам
г) сахарного диабета тип 2
Ответ: а

739. СОЧЕТАНИЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ, НАЛИЧИЯ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» И ГИПОФОСФАТЕМИИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ В ПОЛЬЗУ НАЛИЧИЯ
а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

740. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАЛИЧИЕ ИНСУЛИНОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ ПРОИНСУЛИНА
а) высоким; высоким
б) высоким; низким
в) низким; высоким
г) низким; низким
Ответ: а

741. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЭКЗОГЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ С-ПЕПТИДА
а) высоким; низким
б) высоким; высоким
в) низким; высоким
г) низким; низким
Ответ: а

742. К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ АССОЦИИРОВАНЫ С ЧАСТЫМ РАЗВИТИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ, ОТНОСЯТ
а) пентамидин
б) оланзапин
в) циклоспорин
г) диазоксид
Ответ: а

743. ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИППЛА У ПАЦИЕНТА БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ
а) инсулиномы
б) гастриномы
в) глюкагономы

г) випомы
Ответ: а

744. СОЧЕТАНИЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ПЛАЗМОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА, СКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома POEMS
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

745. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАЛИЧИЕ ИНСУЛИНОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ С-ПЕПТИДА
а) высоким; высоким
б) высоким; низким
в) низким; высоким
г) низким; низким
Ответ: а

746. К ЭНДОКРИНОПАТИИ, ЧАСТО АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА, ОТНОСИТСЯ
а) периферическое преждевременное половое развитие
б) инсулинома
в) надпочечниковая недостаточность
г) сахарный диабет тип 1
Ответ: а

747. СОЧЕТАНИЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ, ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И НАЛИЧИЯ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

748. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА КЕРНСА–СЕЙРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) гипопаратиреоза
б) гастриномы
в) фолликулярного рака щитовидной железы
г) многоузлового зоба
Ответ: а

749. СОЧЕТАНИЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ, НАЛИЧИЯ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» И МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ В ПОЛЬЗУ НАЛИЧИЯ
а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

750. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ β-ГИДРОКСИБУТИРАТА

а) высоким; низким
б) высоким; высоким
в) низким; высоким
г) низким; низким

Ответ: а

751. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ С-ПЕПТИДА

а) низким; низким
б) высоким; низким
в) низким; высоким
г) высоким; высоким

Ответ: а

752. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ СИНДРОМОМ POEMS МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ НАЛИЧИЕ

а) гиперпролактинемии
б) гипотиреоза
в) нарушения толерантности к углеводам
г) сахарного диабета тип 2

Ответ: а

753. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ СИНДРОМОМ POEMS МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ НАЛИЧИЕ

а) гипопаратиреоза
б) гипотиреоза
в) нарушение толерантности к углеводам
г) сахарного диабета тип 2

Ответ: а

754. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ДО ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ

а) феохромоцитомы
б) первичного гиперпаратиреоза
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) кортикотропиномы

Ответ: а

755. СОЧЕТАНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ НАРУЖНОЙ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ, ПИГМЕНТНОЙ РЕТИНОПАТИИ, АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ И ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) синдрома Кернса–Сейра
б) синдрома POEMS
в) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
г) комплекса Карни

Ответ: а

756. СОЧЕТАНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ НАРУЖНОЙ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ, ПИГМЕНТНОЙ РЕТИНОПАТИИ, АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ И ЭНДОКРИНОПАТИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) синдрома Кернса–Сейра
б) синдрома POEMS
в) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
г) комплекса Карни

Ответ: а

757. ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

758. СОЧЕТАНИЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ПЛАЗМОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА, СКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ И ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) синдрома POEMS
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

759. УВЕЛИЧЕНИЕ ЯИЧЕК У МАЛЬЧИКА С ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И НАЛИЧИЕМ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

760. ЧАСТОЙ ЭНДОКРИНОПАТИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА, ЯВЛЯЕТСЯ

а) многоузловой зоб
б) атрофия коры надпочечников
в) инсулинома
г) гастринома

Ответ: а

761. СОЧЕТАНИЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ПЛАЗМОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА, СКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ И ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) синдрома POEMS
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

762. К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ АССОЦИИРОВАНЫ С РАЗВИТИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ, ОТНОСЯТ

а) индометацин
б) клозапин
в) циклоспорин
г) диазоксид

Ответ: а

763. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАЛИЧИЕ ИНСУЛИНОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ β-ГИДРОКСИБУТИРАТА

а) высоким; низким
б) высоким; высоким
в) низким; высоким
г) низким; низким

Ответ: а

764. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ТРИАДЫ УИППЛА В СОЧЕТАНИИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА, С-ПЕПТИДА, ПРОИНСУЛИНА И НИЗКИМ УРОВНЕМ β-ГИДРОКСИБУТИРАТА СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ

а) наличие инсулиномы
б) введение экзогенного инсулина
в) наличие гастриномы
г) паранеопластическую гипогликемию

Ответ: а

765. ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИППЛА У ПАЦИЕНТА БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) надпочечниковой недостаточности
б) несахарного диабета
в) гипопаратиреоза
г) гиперпролактинемии

Ответ: а

766. СОЧЕТАНИЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ, НАЛИЧИЯ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» И ГИПЕРКОРТИЦИЗМА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ В ПОЛЬЗУ НАЛИЧИЯ

а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

767. С МУТАЦИЕЙ ГЕНА GNAS АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ

а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау

Ответ: а

768. СОЧЕТАНИЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ПЛАЗМОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА, СКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ И НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) синдрома POEMS
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

769. СОЧЕТАНИЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ПЛАЗМОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА, СКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ И ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома POEMS
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

770. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА КЕРНСА–СЕЙРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) сахарного диабета
б) гастриномы
в) фолликулярного рака щитовидной железы
г) многоузлового зоба
Ответ: а

771. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ СИНДРОМОМ POEMS МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ НАЛИЧИЕ
а) гипокальциемии
б) гипотиреоза
в) нарушение толерантности к углеводам
г) сахарного диабета тип 2
Ответ: а

772. СОЧЕТАНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ НАРУЖНОЙ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ, ПИГМЕНТНОЙ РЕТИНОПАТИИ, АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ И ГИПОПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома Кернса–Сейра
б) синдрома POEMS
в) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
г) комплекса Карни
Ответ: а

773. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА КЕРНСА–СЕЙРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) гипогонадизма
б) инсулиномы
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) тиреотоксикоза
Ответ: а

774. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГИПОГЛИКЕМИИ, ВЫСОКОГО УРОВНЯ ИНСУЛИНА КРОВИ В СОЧЕТАНИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ С-ПЕПТИДА, ПРОИНСУЛИНА И β-ГИДРОКСИБУТИРАТА СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ

а) экзогенное введение инсулина
б) инсулиному
в) прием препаратов сульфонилмочевины
г) паранеопластическую гипогликемию
Ответ: а

775. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА С ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И НАЛИЧИЕМ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» ГИПЕРПРОДУКЦИИ ГОРМОНА РОСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
в) комплекса Карни
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

776. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ СИНДРОМОМ POEMS МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ НАЛИЧИЕ
а) гипогонадизма
б) гипотиреоза
в) нарушения толерантности к углеводам
г) сахарного диабета тип 2
Ответ: а

777. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ С-ПЕПТИДА
а) высоким; высоким
б) высоким; низким
в) низким; высоким
г) низким; низким
Ответ: а

778. СОЧЕТАНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ НАРУЖНОЙ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ, ПИГМЕНТНОЙ РЕТИНОПАТИИ, АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ И САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома Кернса–Сейра
б) синдрома POEMS
в) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
г) комплекса Карни
Ответ: а

779. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ ПРОИНСУЛИНА
а) высоким; высоким
б) высоким; низким
в) низким; высоким
г) низким; низким
Ответ: а

780. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ИНСУЛИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

781. ОТСУТСТВИЕ ПОДАВЛЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ В ПРОБЕ С 1 МГ ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

782. ВЫЯВЛЕНИЕ МИГРИРУЮЩЕЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ТИРЕОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

783. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ПРОЛАКТИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

784. ОТСУТСТВИЕ ПОДАВЛЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ В ПРОБЕ С 1 МГ ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ГАСТРИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

785. ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИППЛА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ КОРТИКОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

786. ВЫЯВЛЕНИЕ МИГРИРУЮЩЕЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ СОМАТОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

787. ОТСУТСТВИЕ ПОДАВЛЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ В ПРОБЕ С 1 МГ ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ИНСУЛИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

788. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2А
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

789. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ТИРЕОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

790. ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРГАСТРИНЕМИИ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И УСТАНОВЛЕННОЙ СОМАТОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

791. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2А
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау

г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

792. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА С ГЕМАНГИОБЛАСТОМАМИ ЦНС МУТАЦИИ ГЕНА VHL НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ
а) феохромоцитомы
б) первичного гиперпаратиреоза
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) кортикотропиномы
Ответ: а

793. ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРГАСТРИНЕМИИ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И УСТАНОВЛЕННОЙ ПРОЛАКТИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

794. У ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ПАПИЛЛЯРНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) метанефринов в суточной моче
б) пролактина крови
в) кортизола слюны утром
г) инсулина крови натощак
Ответ: а

795. У ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ПАПИЛЛЯРНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ ПРИДАТКА ЯИЧКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) метанефринов в суточной моче
б) пролактина крови
в) кортизола слюны утром
г) инсулина крови натощак
Ответ: а

796. ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИППЛА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

797. ВЫЯВЛЕНИЕ МИГРИРУЮЩЕЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ КОРТИКОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау

г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

798. ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИППЛА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ СОМАТОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

799. ВЫЯВЛЕНИЕ МИГРИРУЮЩЕЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

800. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА С ГЕМАНГИОБЛАСТОМАМИ ЦНС МУТАЦИИ ГЕНА VHL НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) метанефринов в суточной моче
б) пролактина крови
в) кортизола слюны утром
г) инсулина крови натощак
Ответ: а

801. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО УРОВНЯ МЕТАНЕФРИНОВ СУТОЧНОЙ МОЧИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

802. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

803. ВЫЯВЛЕНИЕ МИГРИРУЮЩЕЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ПРОЛАКТИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау

г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

804. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ВИПОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

805. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМЫ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БОЛЕЗНЬ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ДО ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ
а) феохромоцитомы
б) первичного гиперпаратиреоза
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) кортикотропиномы
Ответ: а

806. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ГЛЮКАГОНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

807. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ СОМАТОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

808. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

809. ОТСУТСТВИЕ ПОДАВЛЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ В ПРОБЕ С 1 МГ ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ГЛЮКАГОНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1

б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

810. ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРГАСТРИНЕМИИ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И УСТАНОВЛЕННОЙ ТИРЕОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

811. ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИППЛА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ТИРЕОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

812. ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИППЛА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ПРОЛАКТИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

813. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА МУТАЦИИ В ГЕНЕ VHL НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ
а) феохромоцитомы
б) первичного гиперпаратиреоза
в) медуллярного рака щитовидной железы
г) кортикотропиномы
Ответ: а

814. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО УРОВНЯ МЕТАНЕФРИНОВ СУТОЧНОЙ МОЧИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2А
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

815. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ КОРТИКОТРОПИНОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD

в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

816. ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

817. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ИНСУЛИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

818. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ, У МАТЕРИ КОТОРОГО УСТАНОВЛЕНА МУТАЦИЯ ГЕНА MEN1, ЯВЛЯЕТСЯ
а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

819. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

820. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

821. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

822. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

823. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

824. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

825. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

826. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

827. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ОПУХОЛЬ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАРГЕНГАНСА, ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

828. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА RET ЯВЛЯЕТСЯ

а) удаление аденомы околощитовидной железы
б) субтотальная паратиреоидэктомия
в) удаление обеих околощитовидных желез со стороны аденомы
г) профилактическая тотальная паратиреоидэктомия

Ответ: а

829. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

830. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ

а) октреотид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант

Ответ: а

831. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ОПУХОЛЬ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАРГЕНГАНСА, ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

832. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ИНСУЛИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

833. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 ЯВЛЯЕТСЯ

а) удаление аденомы околощитовидной железы
б) субтотальная паратиреоидэктомия
в) удаление обеих околощитовидных желез со стороны аденомы
г) профилактическая тотальная паратиреоидэкомия

Ответ: а

834. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение
Ответ: а

835. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ АДЕНОМУ ГИПОФИЗА И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение
Ответ: а

836. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 НЕОБХОДИМО РАССМОТРЕТЬ
а) блокаторы протонной помпы
б) темозоломид
в) агонисты дофамина
г) диазоксид
Ответ: а

837. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение
Ответ: а

838. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) удаление аденомы околощитовидной железы
б) субтотальная паратиреоидэктомия
в) удаление обеих околощитовидных желез со стороны аденомы
г) профилактическая тотальная паратиреоидэктомия
Ответ: а

839. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ИНСУЛИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

840. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

841. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА RET ЯВЛЯЕТСЯ
а) удаление аденомы околощитовидной железы
б) субтотальная паратиреоидэктомия
в) удаление обеих околощитовидных желез со стороны аденомы
г) профилактическая тотальная паратиреоидэктомия
Ответ: а

842. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 СЛЕДУЕТ РАССМОТРЕТЬ
а) блокаторы протонной помпы
б) темозоломид
в) агонисты дофамина
г) диазоксид
Ответ: а

843. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

844. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение
Ответ: а

845. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 НЕОБХОДИМО РАССМОТРЕТЬ
а) блокаторы протонной помпы
б) темозоломид
в) агонисты дофамина
г) диазоксид
Ответ: а

846. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

847. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ГАСТРИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

848. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ГАСТРИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

849. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА, МАТЬ КОТОРОГО НОСИТЕЛЬ МУТАЦИИ ГЕНА RET, ЯВЛЯЕТСЯ

а) удаление аденомы околощитовидной железы
б) субтотальная паратиреоидэктомия
в) удаление обеих околощитовидных желез со стороны аденомы
г) профилактическая тотальная паратиреоидэктомия

Ответ: а

850. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 НЕОБХОДИМО РАССМОТРЕТЬ

а) блокаторы протонной помпы
б) темозоломид
в) агонисты дофамина
г) диазоксид

Ответ: а

851. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА RET ЯВЛЯЕТСЯ

а) удаление аденомы околощитовидной железы
б) субтотальная паратиреоидэктомия
в) удаление обеих околощитовидных желез со стороны аденомы
г) профилактическая тотальная паратиреоидэктомия

Ответ: а

852. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И АДЕНОМУ ГИПОФИЗА, МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ

а) октреотид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант

Ответ: а

853. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ГАСТРИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

854. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

855. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

856. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

857. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ, У МАТЕРИ КОТОРОГО УСТАНОВЛЕНА МУТАЦИЯ ГЕНА MEN1, ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

858. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ

а) диазоксид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант
Ответ: а

859. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ, У МАТЕРИ КОТОРОГО УСТАНОВЛЕНА МУТАЦИЯ ГЕНА MEN1, ЯВЛЯЕТСЯ
а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

860. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ
а) октреотид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант
Ответ: а

861. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

862. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия
Ответ: а

863. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ
а) диазоксид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант
Ответ: а

864. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ОПУХОЛЬ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАРГЕНГАНСА, ЯВЛЯЕТСЯ

а) назначение агонистов дофамина
б) назначение темозоломида
в) первичное хирургическое лечение
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

865. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) транссфеноидальная аденомэктомия
б) назначение темозоломида
в) лучевая терапия
г) тотальная гипофизэктомия

Ответ: а

866. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ

а) октреотид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант

Ответ: а

867. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА RE ЯВЛЯЕТСЯ

а) тотальная тиреоидэктомия
б) удаление пораженной доли щитовидной железы
в) супрессивная терапия левотироксином
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

868. ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 КОНТРОЛЬ РАДИКАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ

а) кальцитонина
б) СА-19
в) ТТГ
г) ХГЧ

Ответ: а

869. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ НЕОБХОДИМО

а) сначала удалить феохромоцитому
б) сначала удалить аденому околощитовидной железы
в) первым удалить ранее возникшее образование
г) удаление обоих образование, порядок не важен

Ответ: а

870. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИПОМЫ У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ АДЕНОМУ ГИПОФИЗА И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

871. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛЮКАГОНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

872. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 883 ГЕНА RET У РЕБЕНКА С ИНТАКТНОЙ ЩИТОВИДНОЙ ПОКАЗАНО

а) выполнение тотальной тиреоидэктомии до возраста 5 лет года
б) выполнение тотальной тиреоидэктомии до возраста 1 года
в) назначение супрессивной терапии левотироксином
г) ежегодное динамическое наблюдение

Ответ: а

873. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КАРЦИНОИДА ТИМУСА В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

874. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРЦИНОИДА ТИМУСА У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ АДЕНОМУ ГИПОФИЗА И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

875. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛЮКАГОНОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

876. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРЦИНОИДА ТИМУСА У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

877. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И АДЕНОМУ ГИПОФИЗА, МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ

а) диазоксид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант

Ответ: а

878. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ФЕОХРОМОЦИТОМУ И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) тотальная тиреоидэктомия
б) удаление пораженной доли щитовидной железы
в) супрессивная терапия левотироксином
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

879. ПРИ НАЛИЧИИ ВСЕХ КЛАССИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А ПЕРВЫМ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ

а) феохромоцитома
б) медуллярный рак щитовидной железы
в) первичный гиперпаратиреоз
г) кортикотропинома

Ответ: а

880. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛЮКАГОНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

881. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ КОРРЕКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С МУТАЦИЕЙ ГЕНА AIRE ЯВЛЯЕТСЯ

а) гидрокортизон
б) преднизолон
в) дексаметазон
г) мометазон

Ответ: а

882. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИПОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

883. НАЗНАЧЕНИЕ КЕТОКОНАЗОЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КАНДИДОЗА У ПАЦИЕНТА С ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ АУТОИММУННЫМ СИНДРОМОМ ТИП 1 МОЖЕТ УСУГУБИТЬ

а) надпочечниковую недостаточность
б) сахарный диабет тип 1
в) несахарный диабет
г) витилиго

Ответ: а

884. ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА С МУТАЦИЕЙ ГЕНА RET КОНТРОЛЬ УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ ЧЕРЕЗ

а) 3 месяца
б) 1 неделю
в) 6 месяцев
г) 12 месяцев

Ответ: а

885. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И УСТАНОВЛЕННУЮ МУТАЦИЮ ГЕНА RET, ЯВЛЯЕТСЯ

а) тотальная тиреоидэктомия
б) удаление пораженной доли щитовидной железы
в) супрессивная терапия левотироксином
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

886. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНСУЛИНОМЕ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ

а) диазоксид
б) темозоломид
в) каберголин
г) пегвисомант

Ответ: а

887. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРЦИНОИДА ТИМУСА У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

888. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИПОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

889. НАЗНАЧЕНИЕ КЕТОКОНАЗОЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КАНДИДОЗА У ПАЦИЕНТА С МУТАЦИЕЙ ГЕНА AIRE МОЖЕТ УСУГУБИТЬ

а) надпочечниковую недостаточность
б) сахарный диабет тип 1
в) несахарный диабет
г) витилиго

Ответ: а

890. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ФЕОХРОМОЦИТОМУ И УСТАНОВЛЕННУЮ МУТАЦИЮ ГЕНА RET, ЯВЛЯЕТСЯ

а) тотальная тиреоидэктомия
б) удаление пораженной доли щитовидной железы
в) супрессивная терапия левотироксином
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

891. ЕСЛИ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОВЫШЕН, НО МЕНЕЕ 150 ПГ/МЛ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

а) УЗИ ложа щитовидной железы
б) контроль кальцитонина через 6 месяцев
в) МРТ области шеи с контрастированием
г) ПЭТ/КТ с F-DOPA

Ответ: а

892. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 918 ГЕНА RET У РЕБЕНКА С ИНТАКТНОЙ ЩИТОВИДНОЙ ПОКАЗАНО

а) выполнение тотальной тиреоидэктомии до возраста 1 года
б) выполнение тотальной тиреоидэктомии до возраста 5 лет
в) назначение супрессивной терапии левотироксином
г) ежегодное динамическое наблюдение

Ответ: а

893. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ КОРРЕКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ АУТОИММУННЫМ СИНДРОМОМ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) гидрокортизон
б) преднизолон
в) дексаметазон
г) мометазон

Ответ: а

894. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ КОРРЕКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ АУТОИММУННЫМ СИНДРОМОМ ТИП 2 ЯВЛЯЕТСЯ

а) гидрокортизон
б) преднизолон
в) дексаметазон
г) мометазон

Ответ: а

895. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛЮКАГОНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ АДЕНОМУ ГИПОФИЗА И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

896. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ В КОДОНЕ 634 ГЕНА RET У РЕБЕНКА С ИНТАКТНОЙ ЩИТОВИДНОЙ ПОКАЗАНО

а) выполнение тотальной тиреоидэктомии до возраста 5 лет года
б) выполнение тотальной тиреоидэктомии до возраста 1 года
в) назначение супрессивной терапии левотироксином
г) ежегодное динамическое наблюдение

Ответ: а

897. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО

а) сначала удалить феохромоцитому
б) сначала удалить медуллярный рак щитовидной железы
в) первым удалить ранее возникшее образование
г) удаление обоих образование, порядок не важен

Ответ: а

898. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИПОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

899. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИПОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

900. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 ЯВЛЯЕТСЯ

а) тотальная тиреоидэктомия
б) удаление пораженной доли щитовидной железы
в) супрессивная терапия левотироксином
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

901. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭПИЗОДОВ ГИПОГЛИКЕМИИ ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕВОТИРОКСИНА ПО ПОВОДУ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 1 МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

а) надпочечниковой недостаточности
б) пролактиномы
в) гастриномы
г) несахарного диабета

Ответ: а

902. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРЦИНОИДА ТИМУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

903. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛЮКАГОНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) медикаментозная терапия
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

904. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ЦЕЛИАКИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) синдрома IPEX
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) комплекса Карни

Ответ: а

905. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ПЕРВИЧНОГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома IPEX

Ответ: а

906. СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 РОСТ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ИМЕЕТ ИНВАЗИВНЫЙ ХАРАКТЕР У _____ % ПАЦИЕНТОВ

а) 30
б) 70
в) 15
г) 5

Ответ: а

907. КЛАССИЧЕСКИМ ЭНДОКРИННЫМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 4 ЯВЛЯЕТСЯ

а) первичный гиперпаратиреоз
б) медуллярный рак щитовидной железы
в) инсулинома
г) апластический рак щитовидной железы

Ответ: а

908. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МУТАЦИЯ ЛОКАЛИЗОВАНА

а) 11q13
б) 14p11
в) Xq3
г) Yp1

Ответ: а

909. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ГАСТРИНОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

а) менее 10 мм, локализованы в двенадцатиперстной кишке
б) более 10 мм, локализованы в двенадцатиперстной кишке
в) менее 10 мм, локализованы в поджелудочной железе
г) более 10 мм, локализованы в поджелудочной железе

Ответ: а

910. СРЕДИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СЛУЧАЕВ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЯ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 80
б) 10
в) 30
г) 50

Ответ: а

911. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОМАТОТРОПИНОМ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КОМПЛЕКСОМ КАРНИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 10
б) 30
в) 60
г) 90

Ответ: а

912. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 К 50 ГОДАМ ДОСТИГАЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 50
б) 10
в) 20
г) 30
Ответ: а

913. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 95
б) 75
в) 55
г) 35
Ответ: а

914. КЛАССИЧЕСКИМ ЭНДОКРИННЫМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2Б ЯВЛЯЕТСЯ
а) медуллярный рак щитовидной железы
б) апластический рак щитовидной железы
в) незидиобластоз
г) кортикотропинома
Ответ: а

915. К ВОЗРАСТУ 50 ЛЕТ БОЛЕЕ 90% ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ИМЕЮТ
а) аденому околощитовидной железы
б) медуллярный рак щитовидной железы
в) аденокарциному надпочечников
г) феохромоцитому
Ответ: а

916. КЛАССИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А ЯВЛЯЕТСЯ
а) медуллярный рак щитовидной железы
б) аденома гипофиза
в) инсулинома
г) апластический рак щитовидной железы
Ответ: а

917. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

918. СОЧЕТАНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ПЕРВИЧНОГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома IPEX
Ответ: а

919. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ГИПОПАРАТИРЕОЗА И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

920. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА ТИП 2 СОСТАВЛЯЕТ
а) 1 на 1000000
б) 1 на 1000
в) 1 на 10000
г) 1 на 100000
Ответ: а

921. ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА МОЖЕТ УСУГУБИТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ
а) первичного гиперпаратиреоза
б) пролактиномы
в) соматотропиномы
г) тиреотропиномы
Ответ: а

922. КЛАССИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А ЯВЛЯЕТСЯ
а) феохромоцитома
б) аденокарцинома надпочечников
в) незидиобластоз
г) апластический рак щитовидной железы
Ответ: а

923. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 МУТАЦИЯ ЛОКАЛИЗОВАНА
а) 10q11.2
б) 14p11.1
в) Xq3.1
г) 11q13.4
Ответ: а

924. СОЧЕТАНИЕ ГИПОПАРАТИРЕОЗА, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

925. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

926. СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) доминантным типом наследования и высокой пенетрантностью
б) доминантным типом наследования и низкой пенетрантностью
в) рецессивным типом наследования и высокой пенетрантностью
г) рецессивными типом наследования и низкой пенетрантностью

Ответ: а

927. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 ПРОИСХОДИТ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ, КОТОРЫЙ КОДИРУЕТ БЕЛОК

а) RET
б) CAT
в) PAT
г) MED

Ответ: а

928. ПЕНЕТРАНТНОСТЬ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 99
б) 15
в) 35
г) 65

Ответ: а

929. СОЧЕТАНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ЦЕЛИАКИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

930. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МУТАЦИЯ ЗАТРАГИВАЕТ УЧАСТОК ХРОМОСОМЫ

а) 11
б) 12
в) Х
г) У

Ответ: а

931. НЕВРИНОМЫ СЛИЗИСТЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ

а) тип 2б

б) тип 1
в) тип 2а
г) тип 4
Ответ: а

932. МАРФАНОПОДОБНЫЙ ФЕНОТИП ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ
а) тип 2б
б) тип 1
в) тип 2а
г) тип 4
Ответ: а

933. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ПРОИСХОДИТ
а) инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
б) активирующая мутация в протоонкогене
в) активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
г) инактивирующая мутация в протоонкогене
Ответ: а

934. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
в) комплекса Карни
г) синдрома IPEX
Ответ: а

935. КЛАССИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А ЯВЛЯЕТСЯ
а) первичный гиперпаратиреоз
б) опухоли клеток островков Ларгенганса
в) незидиобластоз
г) апластический рак щитовидной железы
Ответ: а

936. КЛАССИЧЕСКИМ ЭНДОКРИННЫМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 4 ЯВЛЯЕТСЯ
а) аденома гипофиза
б) феохромоцитома
в) инсулинома
г) апластический рак щитовидной железы
Ответ: а

937. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) пролактинома
б) соматотропинома
в) кортикотропинома
г) тиреотропинома
Ответ: а

938. КЛАССИЧЕСКИМ ЭНДОКРИННЫМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2Б ЯВЛЯЕТСЯ

а) феохромоцитома
б) аденома гипофиза
в) инсулинома
г) апластический рак щитовидной железы

Ответ: а

939. СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ

а) тип 1
б) тип 2а
в) тип 2б
г) тип 4

Ответ: а

940. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ЦЕЛИАКИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома IPEX

Ответ: а

941. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 МУТАЦИЯ ЗАТРАГИВАЕТ УЧАСТОК ХРОМОСОМЫ

а) 10
б) 11
в) Х
г) У

Ответ: а

942. КЛАССИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) опухоли клеток островков Ларгенганса
б) медуллярный рак щитовидной железы
в) незидиобластоз
г) ганглионевромы

Ответ: а

943. СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) доминантным типом наследования и высокой пенетрантностью
б) доминантным типом наследования и низкой пенетрантностью
в) рецессивным типом наследования и высокой пенетрантностью
г) рецессивными типом наследования и низкой пенетрантностью

Ответ: а

944. КЛАССИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ

а) аденома гипофиза

б) аденокарцинома надпочечников
в) незидиобластоз
г) апластический рак щитовидной железы
Ответ: а

945. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА ТИП 1 СОСТАВЛЯЕТ
а) 1 на 100000
б) 1 на 1000
в) 1 на 10000
г) 1 на 1000000
Ответ: а

946. СОЧЕТАНИЕ ГИПОПАРАТИРЕОЗА, РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) синдрома IPEX
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

947. КЛАССИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ
а) аденома околощитовидной железы
б) аденома бартолиновой железы
в) медуллярный рак щитовидной железы
г) феохромоцитома
Ответ: а

948. СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) синдрома IPEX
г) болезни Гиппеля-Линдау
Ответ: а

949. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 50
б) 5
в) 25
г) 85
Ответ: а

950. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 30
б) 5

в) 60
г) 95
Ответ: а

951. МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) множественными локусами обеих долей
б) первичной экстратиреодной локализацией
в) множественными образованиями в одной доле
г) единичным солидным локусом
Ответ: а

952. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАНА С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ
а) тип 2а
б) тип 1
в) тип 2б
г) тип 4
Ответ: а

953. БОЛЕЕ 90% ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2 ИМЕЮТ
а) медуллярный рак щитовидной железы
б) аденому околощитовидной железы
в) аденокарциному надпочечников
г) аденому гипофиза
Ответ: а

954. СОЧЕТАНИЕ ГИПОПАРАТИРЕОЗА, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ГИПОПЛАЗИИ ЗУБНОЙ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

955. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, КАРЦИНОМЫ ПОЧКИ И НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ
а) болезнь Гиппеля — Линдау
б) синдром множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекс Карни
г) синдром Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

956. СОЧЕТАНИЕ АУТОИММУННОЙ ЭНТЕРОПАТИИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 В НЕОНАТАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ И ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома IPEX
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
в) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
г) комплекса Карни
Ответ: а

957. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ ТИП 1 К 40 ГОДАМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 80
б) 10
в) 30
г) 50

Ответ: а

958. СОЧЕТАНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ОПУХОЛИ ВНУТРЕННЕГО УХА И ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) болезни Гиппеля — Линдау
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

959. БОЛЬШИНСТВО ФЕОХРОМОЦИТОМ В РАМКАХ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) двусторонними образованиями
б) первичной вненадпочечниковой локализацией
в) агрессивной биохимической продукцией
г) единичным солидным образованием

Ответ: а

960. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ ТИП 1 К 40 ГОДАМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 85
б) 15
в) 35
г) 55

Ответ: а

961. ТТГ-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

962. СОЧЕТАНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ПАПИЛЛЯРНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ И ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) болезни Гиппеля — Линдау
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

963. СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома IPEX

Ответ: а

964. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ МУТАЦИЯ ЗАТРАГИВАЕТ УЧАСТОК ХРОМОСОМЫ

а) 3
б) 5
в) X
г) У

Ответ: а

965. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

966. СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГИПОПАРАТИРЕОЗА И ГИПОПЛАЗИИ ЗУБНОЙ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

967. СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

а) 26
б) 6
в) 56
г) 76

Ответ: а

968. ФЕОХРОМОЦИТОМА КАК ОСНОВНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТИПА

а) 2C
б) 2A
в) 2B
г) 1

Ответ: а

969. КОРТИКОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1

б) болезни Гиппеля-Линдау
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

970. СОЧЕТАНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ПАПИЛЛЯРНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ ПРИДАТКА ЯИЧКА И ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) болезни Гиппеля — Линдау
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

971. БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ
а) моногенным и доминантным
б) полигенным и рецессивным
в) полигенным и доминантным
г) моногенным и рецессивным
Ответ: а

972. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ПРОИСХОДИТ
а) инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
б) активирующая мутация в протоонкогене
в) активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
г) инактивирующая мутация в протоонкогене
Ответ: а

973. ГАСТРИНОМА КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

974. ПРОЛАКТИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

975. СОЧЕТАНИЕ АУТОИММУННОЙ ЭНТЕРОПАТИИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 В НЕОНАТАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ И ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) синдрома IPEX
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) комплекса Карни
Ответ: а

976. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ПРОИСХОДИТ ИНАКТИВИРУЮЩАЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ, КОТОРЫЙ КОДИРУЕТ БЕЛОК

а) VHL
б) RET
в) CAT
г) WF1

Ответ: а

977. ФЕОХРОМОЦИТОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2б
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

978. ФЕОХРОМОЦИТОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2а
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
в) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

979. МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2а
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) комплекса Карни
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

980. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ ТИП 2 К 40 ГОДАМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 30
б) 5
в) 60
г) 90

Ответ: а

981. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома Вольфрама
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1

Ответ: а

982. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ЦИСТАДЕНОМЫ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ И НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ

а) болезнь Гиппеля — Линдау
б) синдром множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекс Карни
г) синдром Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

983. БОЛЬШИНСТВО ФЕОХРОМОЦИТОМ В РАМКАХ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) преимущественной продукцией норадреналина
б) преимущественной продукцией адреналина
в) низким норметанефрин/метанефриновым соотношением
г) преимущественной продукцией альфа-субъединицы

Ответ: а

984. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ ТИП 1 К 40 ГОДАМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 70
б) 5
в) 30
г) 50

Ответ: а

985. ФЕОХРОМОЦИТОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) болезни Гиппеля-Линдау
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
в) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

986. СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома IPEX

Ответ: а

987. БОЛЕЗНЬ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ТИП 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ

а) феохромоцитомы
б) гемангиобластомы сетчатки
в) гемангиобластомы ЦНС
г) карциномы почки

Ответ: а

988. ГИПЕРКОРТИЦИЗМ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) комплекса Карни

б) синдрома DIDMOAD
в) синдрома Кернса–Сейра
г) болезни Фабри
Ответ: а

989. ИНСУЛИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

990. ГИПЕРКОРТИЦИЗМ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

991. СОЧЕТАНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, КАРЦИНОМЫ ПОЧКИ И ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) болезни Гиппеля — Линдау
б) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

992. СОМАТОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
б) синдрома Кернса–Сейра
в) болезни Фабри
г) синдрома DIDMOAD
Ответ: а

993. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В РАМКАХ
а) болезни Гиппеля-Линдау
б) синдрома DIDMOAD
в) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

994. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома DIDMOAD
б) комплекса Карни
в) болезни Гиппеля-Линдау
г) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
Ответ: а

995. СОМАТОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) комплекса Карни
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

996. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ЦИСТАДЕНОМЫ ПРИДАТКА ЯИЧКА И НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ

а) болезнь Гиппеля — Линдау
б) синдром множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекс Карни
г) синдром Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

997. МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2б
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) комплекса Карни
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

998. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, ОПУХОЛИ ВНУТРЕННЕГО УХА И НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ

а) болезнь Гиппеля — Линдау
б) синдром множественной эндокринной неоплазии тип 2
в) комплекс Карни
г) синдром Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

999. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ПРОИСХОДИТ ИНАКТИВИРУЮЩАЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ

а) VHL
б) RET
в) CAT
г) WF1

Ответ: а

1000. СОМАТОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

1001. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ ТИП 1 К 40 ГОДАМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 20
б) 5
в) 45
г) 80

Ответ: а

1002. ТИРЕОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) болезни Гиппеля-Линдау
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

1003. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ СОСТАВЛЯЕТ

а) 1 на 36000
б) 1 на 3000
в) 1 на 6000
г) 1 на 360000

Ответ: а

1004. НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК КЛАССИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) синдрома DIDMOAD
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

1005. АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ КАК КОМПОНЕНТ СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

Ответ: а

1006. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра

Ответ: а

1007. ГЛЮКАГОНОМА КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1

б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

1008. НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК КЛАССИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

1009. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 4
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

1010. ВИПОМА КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

1011. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

1012. НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК КЛАССИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома POEMS
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) синдрома DIDMOAD
Ответ: а

1013. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2А
б) синдрома DIDMOAD
в) болезни Фабри
г) синдрома Кернса–Сейра
Ответ: а

1014. ГИПОПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома POEMS
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) синдрома DIDMOAD
Ответ: а

1015. ГИПОПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) синдрома Кернса–Сейра
б) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
в) комплекса Карни
г) синдрома DIDMOAD
Ответ: а

1016. АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ КАК КОМПОНЕНТ СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) синдрома DIDMOAD
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

1017. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ КАК КОМПОНЕНТ СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
б) синдрома DIDMOAD
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

1018. ГИПОПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ
а) аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
б) синдрома DIDMOAD
в) комплекса Карни
г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
Ответ: а

1019. СОМАТОСТАТИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В
а) гипоталамусе
б) гипофизе
в) печени
г) костной ткани
Ответ: а

1020. МИКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ИМЕЮТ ДИАМЕТР МЕНЕЕ (В ММ)
а) 10
б) 15
в) 5

г) 3
Ответ: а

1021. СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ (ГНРГ) ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
а) гонадотропинзависимые формы ППР от гонадотропин-независимых форм
б) различные варианты гонадотропин-независимых форм ППР
в) функциональный вариант Гонадотропинзависимой формы ППР от органического варианта
г) органические формы Гонадотропинзависимого варианта ППР
Ответ: а

1022. ПРИ АКРОМЕГАЛИИ СОВМЕСТНО С СТГ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СЕКРЕТИРУЕТСЯ
а) пролактин
б) АКТГ
в) ТТГ
г) ЛГ
Ответ: а

1023. В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ УРОВЕНЬ СТГ В КРОВИ НА ФОНЕ ГИПОГЛИКЕМИИ
а) повышается
б) снижается
в) не изменяется
г) может как повышаться, так и снижаться
Ответ: а

1024. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТМЕЧАЕТСЯ
а) двустороннее увеличение надпочечников
б) одностороннее увеличение надпочечников
в) отсутствие подавление АКТГ при большом подавляющем тесте с дексаметазоном
г) снижение уровня надпочечниковых андрогенов
Ответ: а

1025. ПРИ СИНДРОМЕ ЛАРОНА ОТМЕЧАЕТСЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ
а) GHR
б) PROP1
в) MEN1
г) POU1F1
Ответ: а

1026. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ ДЕФИЦИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
а) проба с инсулиновой гипогликемией
б) исследование уровня СТГ в крови
в) исследование уровня ИРФ-1 связывающего белка-3
г) проба с СТГ в ходе ПГТТ
Ответ: а

1027. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ
а) пролактин
б) АКТГ
в) ФСГ и ЛГ
г) СТГ

Ответ: а

1028. ПРОБА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ
а) эпилепсии
б) ожирении
в) артериальной гипертензии
г) сахарном диабете
Ответ: а

1029. В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЮТСЯ
а) сердечно-сосудистые осложнения
б) легочные осложнения
в) неврологические осложнения
г) онкологические заболевания
Ответ: а

1030. ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА, НЕ ВЫХОДЯЩИЕ ЗА ПРЕДЕЛЫ ТУРЕЦКОГО СЕДЛА, НАЗЫВАЮТСЯ
а) эндоселлярными
б) супраселлярными
в) антеселлярными
г) ретроселлярными
Ответ: а

1031. СЕЛЕКТИВНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ИЗ НИЖНИХ КАМЕНИСТЫХ СИНУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
а) дифференциальной диагностики АКТГ-зависимого гиперкортицизма
б) дифференциальной диагностики АКТГ-независимого гиперкортицизма
в) диагностики эндогенного гиперкортицизма
г) топической диагностики первичного гиперальдостеронизма
Ответ: а

1032. БОЛЬШАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В
а) дифференциальной диагностике АКТГ-зависимого гиперкортицизма
б) диагностике эндогенного гиперкортицизма
в) диагностике надпочечниковой недостаточности
г) диагностике ВДКН
Ответ: а

1033. НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ОБЛАДАЕТ
а) МРТ
б) КТ
в) рентгенография черепа
г) ПЭТ-КТ
Ответ: а

1034. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ В ПОЛЬЗУ ГОНАДОТРОПИННЕЗАВИСИМОГО ППР СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
а) уровень ЛГ менее 6 Ед/л
б) отсутствие повышения половых стероидов

в) уровень ЛГ более 10 Ед/л
г) уровень ФСГ менее 10 Ед/л
Ответ: а

1035. К ТЕСТУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ОТНОСИТСЯ АНАЛИЗ
а) вечерней слюны на свободный кортизол
б) крови на кортизол утром
в) крови на АКТГ утром
г) крови на кортизол вечером
Ответ: а

1036. У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА СЫВОРОТКИ КРОВИ УТРОМ
а) неинформативен
б) повышен
в) снижен
г) в норме
Ответ: а

1037. НООК-ЭФФЕКТ – ЭТО
а) ложное снижение уровня пролактина
б) циркуляция пролактина в составе полимерных комплексов
в) повышение уровня пролактина более 2000 мЕд/л
г) повышение уровня пролактина более 5000 мЕд/л
Ответ: а

1038. СИНДРОМ КАЛЬМАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ РАССТРОЙСТВА ОБОНЯНИЯ И
а) гипогонадотропного гипогонадизма
б) вторичной надпочечниковой недостаточности
в) вторичного гипотиреоза
г) СТГ-дефицита
Ответ: а

1039. СИНДРОМ, В РАМКАХ КОТОРОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, ОПУХОЛИ АДЕНОГИПОФИЗА, ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАЗЫВАЕТСЯ
а) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа
б) синдром множественных эндокринных неоплазий 2а типа
в) синдром множественных эндокринных неоплазий 2b типа
г) синдром множественных эндокринных неоплазий 4 типа
Ответ: а

1040. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) ИРФ-1
б) СТГ
в) ИРФ-1 связывающий белок-3
г) соматолиберин
Ответ: а

1041. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

а) отмечается потемнение кожных покровов

б) не требуется повышения доз глюкокортикоидов в стрессовых ситуациях

в) для оценки эффективности лечения используется анализ суточной мочи на свободный кортизол

г) отсутствует дефицит минералокортикоидов

Ответ: а

1042. НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ГОНАДОТРОПИНЗАВИСИМОГО ППР ОБЛАДАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ:

а) лютеинизирующего гормона (ЛГ)

б) фолликулстимулирующего гормона (ФСГ)

в) антимюллерова гормона (АМГ)

г) эстрадиола (Э2)

Ответ: а

1043. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АКТГ-ЗАВИСИМОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

а) селективный забор крови из нижних каменистых синусов

б) малая проба с дексаметазоном

в) проба с синактеном

г) проба с бусерелином

Ответ: а

1044. ПРИ РОСТЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В ОБЛАСТЬ КАВЕРНОЗНЫХ СИНУСОВ РАСПРОСТРАНЕНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ

а) параселлярным

б) инфраселлярным

в) ретроселлярным

г) антеселлярным

Ответ: а

1045. ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНОЙ МАКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПОВТОРНУЮ МРТ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

а) 6

б) 12

в) 3

г) 1

Ответ: а

1046. ПРОБА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

а) СТГ-дефицит и надпочечниковую недостаточность

б) гипогонадотропный гипогонадизм и вторичный гипотиреоз

в) несахарный диабет

г) нарушения углеводного обмена

Ответ: а

1047. У КУРЯЩИХ ЛЮДЕЙ В СРАВНЕНИИ С НЕКУРЯЩИМИ УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА В СЛЮНЕ

а) более высокий

б) более низкий

в) не отличается

г) может быть, как выше, так и ниже
Ответ: а

1048. МАКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ИМЕЮТ ДИАМЕТР БОЛЕЕ (В ММ)
а) 10
б) 15
в) 20
г) 7
Ответ: а

1049. ВАЗОПРЕССИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В
а) гипоталамусе
б) передней доле гипофиза
в) задней доле гипофиза
г) почках
Ответ: а

1050. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ
а) СТГ в ходе ПГТТ
б) с инсулиновой гипогликемией
в) с соматолиберином
г) с тиролиберином
Ответ: а

1051. УГРОЗА КОМПРЕССИИ ПЕРЕКРЕСТА ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ВОЗНИКАЕТ, КОГДА ОПУХОЛЬ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
а) супраселлярно
б) параселлярно
в) инфраселлярно
г) ретроселлярно
Ответ: а

1052. ПРИ РОСТЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В ОБЛАСТЬ ПАЗУХИ ОСНОВНОЙ КОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ
а) инфраселлярным
б) супраселлярным
в) ретроселлярным
г) антеселлярным
Ответ: а

1053. СТАНДАРТНАЯ МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ (ДИФЕРЕЛИНОМ П/К) ВКЛЮЧАЕТ
а) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов 0 мин, через 60 мин и 4 часа
б) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов 0 мин, через 120 мин и 24 часа
в) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов на 0 мин, через 30 мин и 60 мин
г) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов на 0 мин, через 15, 30, 45 и 60 мин
Ответ: а

1054. МЕТОДОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) терапия агонистами дофаминовых рецепторов
б) терапия аналогами соматостатина
в) хирургическое лечение
г) лучевая терапия
Ответ: а

1055. ПРИ ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ДЕКОМПЕНСАЦИИ
а) надпочечниковой недостаточности
б) СТГ-дефицита
в) несахарного диабета
г) вторичного гипогонадизма
Ответ: а

1056. СТАНДАРТОМ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
а) стереотаксическая лучевая терапия и радиохирургия
б) конвенциональная лучевая терапия
в) брахитерапия
г) протонное облучение
Ответ: а

1057. ОКТРЕОТИД ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ НА РЕЦЕПТОРЫ СОМАТОСТАТИНА _____ ПОДТИПОВ
а) 2 и 5
б) 1 и 4
в) 3 и 4
г) 1 и 6
Ответ: а

1058. КАБЕРГОЛИН ДЕЙСТВУЕТ НА РЕЦЕПТОРЫ ДОФАМИНА
а) D2
б) D1
в) D3
г) D4
Ответ: а

1059. ПЭГВИСОМАНТ – ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ
а) антагонистов рецепторов СТГ
б) агонистов дофаминовых рецепторов
в) аналогов соматостатина
г) антагонистов дофаминовых рецепторов
Ответ: а

1060. ПРИ НАЛИЧИИ ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДИТСЯ КОМПЕНСАЦИЯ
а) вторичной надпочечниковой недостаточности
б) вторичного гипотиреоза
в) СТГ-дефицита
г) гипогонадотропного гипогонадизма
Ответ: а

1061. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПЕРВЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) хирургический
б) назначение кетоконазола
в) назначение агонистов дофамина
г) лучевая терапия
Ответ: а

1062. ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ
а) октреотид
б) ланреотид
в) пасиреотид
г) пентетреотид
Ответ: а

1063. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА БРОМОКРИПТИНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В СУТКИ
а) 0,62-1,25
б) 1,25-2,50
в) 2,50-3,75
г) 3,75-4,00
Ответ: а

1064. К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
а) преднизолон
б) кортизон
в) дексаметазон
г) гидрокортизон
Ответ: а

1065. К ГРУППЕ СЕЛЕКТИВНЫХ АГОНИСТОВ D2-РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСИТСЯ
а) каберголин
б) бромокриптин
в) октреотид
г) кетоконазол
Ответ: а

1066. ПРИ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
а) отсутствует дефицит минералокортикоидов
б) не требуется повышения доз глюкокортикоидов в стрессовых ситуациях
в) для оценки эффективности лечения используется анализ суточной мочи на свободный кортизол
г) отмечается потемнение кожных покровов
Ответ: а

1067. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОГО ГИПОГОНАДИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
а) терапия агонистами дофамина
б) заместительная терапия половыми гормонами
в) терапия гонадотропинами
г) лучевая терапия

Ответ: а

1068. ОКТРЕОТИД – ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ
а) аналогов соматостатина
б) агонистов рецепторов дофамина
в) антагонистов рецепторов СТГ
г) антагонистов рецепторов дофамина
Ответ: а

1069. ФЛУДРОКОРТИЗОН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ
а) первичной надпочечниковой недостаточности
б) вторичной надпочечниковой недостаточности
в) болезни Иценко-Кушинга
г) синдрома Иценко-Кушинга
Ответ: а

1070. ПРИ НАСТУПЛЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА СЛЕДУЕТ
а) отменить препараты
б) увеличить дозу
в) снизить дозу
г) продолжать лечение в прежнем режиме
Ответ: а

1071. МЕТОДОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) проведение хирургического вмешательства
б) назначение аналогов соматостатина пролонгированного действия
в) назначение агонистов рецепторов дофамина
г) проведение лучевой терапии
Ответ: а

1072. ПРИ НАЛИЧИИ ПОЛНОЙ ИЛИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРОЛАКТИНОМ К ЛЕЧЕНИЮ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА, НЕОБХОДИМО
а) увеличить дозу препарата до максимально переносимой
б) провести хирургическое лечение
в) провести лучевую терапию
г) назначить аналоги соматостатина
Ответ: а

1073. БИОДОСТУПНОСТЬ КЕТОКОНАЗОЛА ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖАЕТСЯ ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРИЁМЕ С ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ
а) ингибиторов протонной помпы
б) агонистов дофаминовых рецепторов
в) гепатопротекторов
г) аналогов соматостатина
Ответ: а

1074. К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
а) дексаметазон
б) метилпреднизолон
в) флудрокортизон
г) гидрокортизон

Ответ: а

1075. ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ
а) соматотропного гормона
б) хорионического гонадотропина
в) тиреоидных гормонов
г) эстрогенов
Ответ: а

1076. ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА, ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ ПРОЛАКТИН ИЗМЕРЯЮТ ПОВТОРНО ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)
а) 1
б) 2
в) 3
г) 6
Ответ: а

1077. ГЛАВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) клиническая картина – отсутствие признаков недостаточности/избытка глюкокортикоидов
б) повышение уровня ренина плазмы
в) нормализация уровня кортизола в крови утром
г) нормализация уровня свободного кортизола суточной мочи
Ответ: а

1078. ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ АКТИВНОСТЬ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА У
а) дексаметазона
б) гидрокортизона
в) преднизолона
г) метилпреднизолона
Ответ: а

1079. СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ АГОНИСТОВ ДОФАМИНА ИЛИ ИХ ОТМЕНА, ПРИ УСЛОВИИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА И ЗНАЧИТЕЛЬНОГО УМЕНЬШЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ИЛИ ЕЁ ОТСУТСТВИЯ ПО ДАННЫМ МРТ ВОЗМОЖНА ПОСЛЕ НЕПРЕРЫВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ
а) 2 лет
б) 6 месяцев
в) 1 года
г) 3 месяцев
Ответ: а

1080. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ОТНОШЕНИИ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА И УМЕНЬШЕНИЯ РАЗМЕРОВ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) каберголин
б) бромокриптин
в) хинаголид
г) октреотид
Ответ: а

1081. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ИМЕЮТСЯ У

а) пасиреотида
б) октреотида
в) каберголина
г) кетоконазола
Ответ: а

1082. К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
а) гидрокортизон
б) преднизолон
в) метилпреднизолон
г) дексаметазон
Ответ: а

1083. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА КАБЕРГОЛИНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В НЕДЕЛЮ
а) 0,25-0,5
б) 0,5-1,0
в) 1,0-1,5
г) 2,0-2,5
Ответ: а

1084. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ
а) острые зрительные нарушения
б) тяжёлое апноэ во сне
в) сердечная недостаточность
г) головная боль
Ответ: а

1085. СИНОНИМОМ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ
а) андроидное
б) гиноидное
в) ягодично-бедренное
г) вторичное
Ответ: а

1086. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ НЕОБХОДИМО
а) рассчитать индекс массы тела
б) определить длительность ожирения
в) выяснить количество попыток снижения массы тела
г) выяснить наследственный анамнез
Ответ: а

1087. ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА ТАЛИИ К ОБЪЕМУ БЕДЕР У МУЖЧИН ____ КАК АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ
а) >0,90
б) >0,85
в) >0,80
г) >0,75
Ответ: а

1088. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

а) ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона
б) пероральный глюкозотолерантный тест
в) определение гликированного гемоглобина
г) определение уровня кальцитонина
Ответ: а

1089. ИМТ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У
а) беременных женщин
б) лиц с нарушениями пищевого поведения
в) пациентов с сахарным диабетом 1 типа
г) лиц, придерживающихся диетических рекомендаций
Ответ: а

1090. СИНОНИМОМ ВЕРХНЕГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ
а) андроидное
б) гиноидное
в) ягодично-бедренное
г) вторичное
Ответ: а

1091. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 44,9 КГ/М2 У МУЖЧИНЫ 33 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ
а) ожирению III степени
б) ожирению I степени
в) ожирению II степени
г) избыточной массе тела
Ответ: а

1092. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 38,6 КГ/М2 У ЖЕНЩИНЫ 29 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ
а) ожирению II степени
б) ожирению I степени
в) ожирению III степени
г) избыточной массе тела
Ответ: а

1093. НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА
а) Альстрема
б) Пиквика
в) Прадера-Вилли
г) Гудпасчера
Ответ: а

1094. ЛИПОДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ
а) подкожной жировой клетчатки
б) мышечной ткани
в) волосяного покрова
г) ногтевых пластин
Ответ: а

1095. ОЖИРЕНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МУТАЦИИ В ОДИНОЧНЫХ ГЕНАХ
а) моногенное
б) морбидное

в) центральное
г) ятрогенное
Ответ: а

1096. К ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМУ (ПЕРВИЧНОМУ) ОТНОСИТСЯ ОЖИРЕНИЕ
а) гиноидное
б) церебральное
в) эндокринное
г) ятрогенное
Ответ: а

1097. САМОЙ ЧАСТОЙ МОНОГЕННОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ
а) рецепторов меланокортинов 4 типа
б) проконвертазы 1 типа
в) 21 гидроксилазы
г) глюкокиназы
Ответ: а

1098. НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА
а) Барде-Бидла
б) Пиквика
в) Прадера-Вилли
г) Гудпасчера
Ответ: а

1099. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
а) масса тела (кг)/рост (м)2
б) рост (м)2/масса тела (кг)
в) масса тела (кг)2/рост (м)
г) рост (м)/масса тела (кг)2
Ответ: а

1100. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 25,2 КГ/М2 У МУЖЧИНЫ 34 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ
а) избыточной массе тела
б) ожирению I степени
в) ожирению II степени
г) ожирению III степени
Ответ: а

1101. ОЖИРЕНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, НАЗЫВАЕТСЯ
а) ятрогенным
б) первичным
в) эндокринным
г) церебральным
Ответ: а

1102. СИНОНИМОМ НИЖНЕГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ
а) гиноидное
б) андроидное

в) висцеральное
г) вторичное
Ответ: а

1103. ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА
а) лунообразное лицо
б) запоры
в) сухость кожи и волос
г) выпадение волос
Ответ: а

1104. КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ
а) биоимпедансного анализа
б) электрокардиографии
в) измерения веса и роста в вычислением индекса массы тела
г) подробного опроса пациента с определением рациона питания
Ответ: а

1105. ДЛЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
а) саркопеническое ожирение
б) ожирение в связи с генетическими дефектами
в) церебральное ожирение
г) ятрогенное ожирение
Ответ: а

1106. СИНОНИМОМ ПРОСТОГО ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ
а) конституционально-экзогенное
б) гипоталамическое
в) синдромальное
г) при гиперкортицизме
Ответ: а

1107. ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
а) опухоли или травмы гипоталамуса
б) ультрафиолетового облучения
в) дефицита витамина Д
г) неправильного введения прикормов на первом году жизни ребенка
Ответ: а

1108. ИМТ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У
а) детей с незакончившимся периодом роста
б) лиц с нарушениями пищевого поведения
в) пациентов с сахарным диабетом 1 типа
г) лиц, придерживающихся диетических рекомендаций
Ответ: а

1109. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ГИПЕРКОРТИЦИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) перераспределение подкожной жировой клетчатки по кушингоидному типу, наличие стрий
б) высокий рост
в) сопутствующая полиурия, полидипсия

г) дебют в первые месяцы жизни
Ответ: а

1110. К ЭНДОКРИННОМУ ОТНОСИТСЯ ОЖИРЕНИЕ
а) гипотиреоидное
б) ятрогенное
в) церебральное
г) первичное
Ответ: а

1111. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ЛОРЕНСА-МУНА-БАРДЕ-БИДЛА
а) аутосомно-рецессивный
б) аутосомно-доминантный
в) голандрический
г) митохондриальный
Ответ: а

1112. САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) простое (конституционально-экзогенное)
б) гипоталамическое
в) синдромальное
г) моногенное
Ответ: а

1113. ОЖИРЕНИЮ I СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2
а) 32,1
б) 26,5
в) 35,8
г) 41,3
Ответ: а

1114. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 31,0 КГ/М2 У МУЖЧИНЫ 41 ГОДА СООТВЕТСТВУЕТ
а) ожирению I степени
б) ожирению II степени
в) ожирению III степени
г) избыточной массе тела
Ответ: а

1115. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) высокими показателями линейного роста
б) низкой скоростью роста
в) наличием пигментных невусов
г) задержкой психомоторного развития
Ответ: а

1116. ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НА УРОВНЕ
а) гребней подвздошных костей
б) середины эпигастральной области
в) пояснично-реберной дуги
г) середины надлобковой области
Ответ: а

1117. МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НАЗЫВАЮТ ОЖИРЕНИЕ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) _____ ПРИ НАЛИЧИИ СЕРЬЕЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

а) ≥ 40 кг/м2 или с ИМТ ≥ 35 кг/м2
б) ≥ 35 кг/м2 или с ИМТ ≥ 30 кг/м2
в) ≥ 30 кг/м2 или с ИМТ ≥ 27,5 кг/м2
г) ≥ 30 кг/м2 или с ИМТ ≥ 25 кг/м2

Ответ: а

1118. КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) стандартное отклонение ИМТ (SDS ИМТ)
б) окружность талии с учетом возраста и пола
в) процент жировой ткани, определенный по биоимпедансометрии
г) толщина кожных складок, оцененная с помощью калипетрометрии

Ответ: а

1119. ЭТИОЛОГИЯ МОНОГЕННЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ СОСТОИТ В

а) мутации генов, контролирующих синтез анорексигенных пептидов
б) низкой физической активности
в) наличии опухоли гипоталамуса
г) сниженной функции щитовидной железы

Ответ: а

1120. ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА ТАЛИИ К ОБЪЕМУ БЕДЕР У ЖЕНЩИН ____ КАК АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ

а) >0,85
б) >0,80
в) >0,70
г) >0,75

Ответ: а

1121. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 36,2 КГ/М2 У МУЖЧИНЫ 40 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ

а) ожирению II степени
б) ожирению I степени
в) ожирению III степени
г) избыточной массе тела

Ответ: а

1122. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА АЛЬСТРЕМА

а) аутосомно-рецессивный
б) аутосомно-доминантный
в) голандрический
г) митохондриальный

Ответ: а

1123. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 41,4 КГ/М2 У ЖЕНЩИНЫ 22 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ

а) ожирению III степени
б) ожирению I степени
в) ожирению II степени
г) избыточной массе тела

Ответ: а

1124. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 28,6 КГ/М2 У ЖЕНЩИНЫ 47 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ
а) избыточной массе тела
б) ожирению I степени
в) ожирению II степени
г) ожирению III степени
Ответ: а

1125. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА
а) Альстрема
б) Барде-Бидла
в) Лоренса-Муна-Барде-Бидла
г) Пиквика
Ответ: а

1126. ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА
а) стрии
б) запоры
в) сухость кожи
г) выпадение волос
Ответ: а

1127. КРИТЕРИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) SDS ИМТ 1,-1,99
б) SDS ИМТ ≥ 2,0
в) ИМТ ≥25
г) ИМТ ≥30
Ответ: а

1128. СИНОНИМОМ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ
а) вторичное
б) первичное
в) абдоминальное
г) ягодично-бедренное
Ответ: а

1129. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) SDS ИМТ ≥ 2.0
б) SDS ИМТ ≥ 1.0
в) ИМТ ≥ 25
г) ИМТ ≥ 30
Ответ: а

1130. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 33,8 КГ/М2 У ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ
а) ожирению I степени
б) ожирению II степени
в) ожирению III степени
г) избыточной массе тела
Ответ: а

1131. К ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМУ (ПЕРВИЧНОМУ) ОТНОСИТСЯ ОЖИРЕНИЕ

а) андроидное
б) церебральное
в) эндокринное
г) ятрогенное

Ответ: а

1132. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

а) определение уровня тиреотропного гормона
б) пероральный глюкозотолерантный тест
в) определение гликированного гемоглобина
г) определение уровня кальцитонина

Ответ: а

1133. ОЖИРЕНИЮ I СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2

а) 33,5
б) 29,8
в) 37,6
г) 45,1

Ответ: а

1134. КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

а) рентгеноденситометрии в режиме «Всё тело»
б) измерения веса и роста в вычислением индекса массы тела
в) подробного опроса пациента с определением рациона питания
г) электронейромиографии

Ответ: а

1135. ПОЛ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

а) демографическим
б) социально-экономическим
в) психологическим и поведенческим
г) генетическим

Ответ: а

1136. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

а) социально-экономическим
б) демографическим
в) психологическим и поведенческим
г) генетическим

Ответ: а

1137. НАЛИЧИЕ СТРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ОЖИРЕНИЯ И

а) гиперкортицизма
б) гипотиреоза
в) парциальной липодистрофии
г) гипоовариального ожирения

Ответ: а

1138. ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА

а) уменьшение размеров желудка
б) снижение абсорбции пищи в кишечнике
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений

Ответ: а

1139. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА 30,0-34,9 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

а) ожирении I степени
б) нормальной массе тела
в) избыточной массе тела
г) ожирении II степени

Ответ: а

1140. ПИТАНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

а) психологическим и поведенческим
б) демографическим
в) социально-экономическим
г) генетическим

Ответ: а

1141. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) стеатоз
б) доброкачественное новообразование
в) вирусный гепатит
г) холангит

Ответ: а

1142. ГИНОИДНОЕ ОЖИРЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ОЖИРЕНИЮ

а) экзогенно-конституциональному
б) церебральному
в) ятрогенному
г) эндокринному

Ответ: а

1143. ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

а) социально-экономическим
б) демографическим
в) психологическим и поведенческим
г) генетическим

Ответ: а

1144. ОЖИРЕНИЮ III СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2

а) 49,9
б) 39,9
в) 34,9

г) 29,9
Ответ: а

1145. ГАСТРОШУНТИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА
а) снижение абсорбции пищи в кишечнике
б) уменьшение размеров пищевода
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений
Ответ: а

1146. ОБРАЗОВАНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ
а) социально-экономическим
б) демографическим
в) психологическим и поведенческим
г) генетическим
Ответ: а

1147. УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ
а) психологическим и поведенческим
б) демографическим
в) социально-экономическим
г) генетическим
Ответ: а

1148. ОЖИРЕНИЮ II СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2
а) 37,2
б) 33,5
в) 23,4
г) 29,9
Ответ: а

1149. ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ
а) демографическим
б) социально-экономическим
в) психологическим и поведенческим
г) генетическим
Ответ: а

1150. ГАСТРОПЛИКАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА
а) уменьшение размеров желудка
б) снижение абсорбции пищи в кишечнике
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений
Ответ: а

1151. СТРЕСС ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ
а) психологическим и поведенческим

б) демографическим
в) социально-экономическим
г) генетическим
Ответ: а

1152. БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА
а) снижение абсорбции пищи в кишечнике
б) уменьшение размеров пищевода
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений
Ответ: а

1153. ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2
а) 28,5
б) 31,9
в) 37,1
г) 41,9
Ответ: а

1154. МИНИГАСТРОШУНТИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА
а) снижение абсорбции пищи в кишечнике
б) уменьшение размеров пищевода
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений
Ответ: а

1155. ДИАРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ
а) билиопанкреатического шунтирования
б) липосакции
в) длительной гипокалорийной диеты
г) липофилинга
Ответ: а

1156. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ
а) психологическим и поведенческим
б) демографическим
в) социально-экономическим
г) генетическим
Ответ: а

1157. С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
а) композитный состав тела
б) толщину подкожной жировой клетчатки
в) индекс апноэ-гипопноэ
г) индекс атерогенности
Ответ: а

1158. ОЖИРЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С НАЛИЧИЕМ И ЛЕЧЕНИЕМ ОПУХОЛЕЙ ГИПОТАЛАМУСА И СТВОЛА МОЗГА, НАЗЫВАЕТСЯ

а) гипоталамическим
б) ятрогенным
в) первичным
г) церебральным

Ответ: а

1159. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) неалкогольный стеатогепатит
б) доброкачественное новообразование
в) вирусный гепатит
г) холангит

Ответ: а

1160. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) цирроз печени
б) доброкачественное новообразование
в) вирусный гепатит
г) холангит

Ответ: а

1161. РЕКОМЕНДОВАННОЙ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ПРЕПАРАТА КСЕНИКАЛ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МГ 3 РАЗА В СУТКИ

а) 120
б) 60
в) 90
г) 240

Ответ: а

1162. С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОДЕНСИТОМЕТРИИ В РЕЖИМЕ «ВСЁ ТЕЛО» ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

а) композитный состав тела
б) толщину подкожной жировой клетчатки
в) индекс апноэ-гипопноэ
г) индекс атерогенности

Ответ: а

1163. НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2

а) 23,5
б) 25,9
в) 30,5
г) 44,1

Ответ: а

1164. ОЖИРЕНИЮ II СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2

а) 39,1
б) 34,8
в) 27,4

г) 24,2
Ответ: а

1165. РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ СПОСОБСТВУЕТ
а) увеличение калорийности питания
б) высокое потребление пищевых волокон
в) недостаточное потребление фруктов и овощей
г) низкий уровень потребления витаминов
Ответ: а

1166. В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИКИ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА У ПАЦИЕНТА, ПРИНИМАЮЩЕГО ЛИРАГЛУТИД, СЛЕДУЕТ
а) отменить прием лираглутида
б) продолжить прием лираглутида в прежней дозе
в) снизить дозу лираглутида
г) увеличить дозу лираглутида
Ответ: а

1167. ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2
а) 25,1
б) 24,9
в) 30,1
г) 34,9
Ответ: а

1168. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА 35,0-39,9 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
а) ожирении II степени
б) нормальной массе тела
в) избыточной массе тела
г) ожирении I степени
Ответ: а

1169. КУРЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ
а) психологическим и поведенческим
б) демографическим
в) социально-экономическим
г) генетическим
Ответ: а

1170. ОЖИРЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ В ГЕНАХ, НАЗЫВАЮТ
а) моногенным
б) простым
в) ятрогенным
г) церебральным
Ответ: а

1171. ДЕМПИНГ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ
а) гастрошунтирования
б) приема лираглутида

в) липосакции
г) длительной гипокалорийной диеты
Ответ: а

1172. АНДРОИДНОЕ ОЖИРЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ОЖИРЕНИЮ
а) экзогенно-конституциональному
б) церебральному
в) ятрогенному
г) эндокринному
Ответ: а

1173. ДЛЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО
а) увеличение массы висцерального жира
б) снижение массы висцерального жира
в) увеличение массы подкожного жира
г) увеличение общей массы тела
Ответ: а

1174. ОЖИРЕНИЮ III СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2
а) 41,3
б) 38,4
в) 31,9
г) 26,7
Ответ: а

1175. ЛУНООБРАЗНОЕ ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ОЖИРЕНИЯ И
а) гиперкортицизма
б) гипотиреоза
в) парциальной липодистрофии
г) гипоовариального ожирения
Ответ: а

1176. РЕКОМЕНДОВАННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ПРЕПАРАТА САКСЕНДА ЯВЛЯЕТСЯ
а) 3 мг 1 раз в сутки
б) 0,6 мг 2 раза в сутки
в) 1,2 мг 3 раза в сутки
г) 3 мг 1 раз в неделю
Ответ: а

1177. ПОКАЗАТЕЛЬ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ЖЕНЩИН, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О ПОВЫШЕННОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)
а) 88 и более
б) 75-80
в) 80-85
г) 65-70
Ответ: а

1178. ОЖИРЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ КАЛОРИЙ В УСЛОВИЯХ ГИПОДИНАМИИ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

а) простым
б) гипоталамическим
в) ятрогенным
г) церебральным
Ответ: а

1179. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА 40,0 И БОЛЕЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
а) ожирении III степени
б) ожирение II степени
в) избыточной массе тела
г) ожирении I степени
Ответ: а

1180. ЕДИНСТВЕННЫМ РАЗРЕШЕННЫМ К ПРИМЕНЕНИЮ В РФ ДЛЯ ТЕРАПИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) орлистат
б) сибутрамин
в) лираглютид
г) метформин
Ответ: а

1181. ПОКАЗАТЕЛЬ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ЖЕНЩИН БОЛЕЕ 88 СМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
а) избытке висцерального жира
б) повышенном развитии мышц брюшного пресса
в) скоплении газов в кишечнике
г) гиперстеническом типе телосложения
Ответ: а

1182. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИМТ > _____ КГ/М2
а) 40
б) 35
в) 30
г) 25
Ответ: а

1183. ОЖИРЕНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
а) ятрогенным
б) эндокринным
в) первичным
г) церебральным
Ответ: а

1184. НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2
а) 19,3
б) 17,9
в) 26,1
г) 29,3

Ответ: а

1185. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) накопление избыточного количества триглицеридов в гепатоцитоах
б) некроз гепатоцитов, обусловленный прямым действием токсина
в) сенсибилизация иммуноцитов к собственным тканям организма
г) повышение давление в системе портальной вены, обусловленное обструкцией портальных сосудов

Ответ: а

1186. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫХ БАЛЛОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА

а) уменьшение свободного пространства в желудке
б) снижение абсорбции пищи в кишечнике
в) удаление жировых отложений в области живота
г) пересадку жировых отложений

Ответ: а

1187. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА _____ ПОДКОЖНЫЙ

а) саксенда
б) ксеникал
в) орлистат
г) новорапид

Ответ: а

1188. НАИБОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ДОСТИЖЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОБЛАДАЕТ

а) гастрошунтирование
б) продольная резекция желудка
в) установка внутрижелудочных баллонов
г) регулируемое бандажирование желудка

Ответ: а

1189. ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ

а) не рекомендуется использовать медикаментозные препараты для лечения ожирения в косметологических целях
б) не следует корректировать образ жизни на фоне приема препаратов для лечения ожирения
в) медикаментозное лечение ожирения проводится в течение короткого времени
г) пациенту может подойти только один препарат для лечения ожирения

Ответ: а

1190. ФУНКЦИОНАЛЬНО НЕОБРАТИМОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В ОТНОШЕНИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

а) продольная резекция желудка
б) установка внутрижелудочных баллонов
в) регулируемое бандажирование желудка
г) гастрошунтирование

Ответ: а

1191. К РЕСТРИКТИВНЫМ БАРИАТРИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

а) лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка
б) билиопанкреатическое шунтирование с выключением двенадцатиперстной кишки
в) гастрошунтирование с единственным анастомозом
г) установка системы «ЭндоБарьер»
Ответ: а

1192. ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБРАТИМОЙ В ОТНОШЕНИИ ЖЕЛУДКА БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) эндоскопическая установка внутрижелудочного баллона
б) продольная (вертикальная, рукавная) резекция желудка
в) билиопанкреатическое шунтирование с единственным анастомозом
г) билиопанкреатическое шунтирование в модификации Scopinaro
Ответ: а

1193. ОРЛИСТАТ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ
а) не позже часа после еды
б) до еды
в) независимо от еды
г) через 2 часа после еды
Ответ: а

1194. К МАЛЬАБСОРБТИВНЫМ (КОМБИНИРОВАННЫМ) БАРИАТРИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ
а) гастрошунтирование
б) лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка
в) продольная резекция желудка
г) установка баллона в просвет желудка
Ответ: а

1195. МАЛЬАБСОРБТИВНЫМИ БАРИАТРИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
а) снижение всасывания пищи в кишечнике
б) уменьшение размеров пищевода
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений
Ответ: а

1196. ПРЕПАРАТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ИНГИБИТОРОМ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И НОРАДРЕНАЛИНА
а) сибутрамин
б) орлистат
в) лираглутид
г) акарбоза
Ответ: а

1197. ШУНТИРУЮЩИМИ БАРИАТРИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
а) снижение абсорбции пищи в кишечнике
б) уменьшение размеров пищевода
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений
Ответ: а

1198. НАЗВАНИЕМ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) «вся еда в виде гомогенного пюре»
б) «обогащенные жидкости»
в) «чистые жидкости»
г) «без особенностей»

Ответ: а

1199. ПРЕПАРАТОМ, УВЕЛИЧИВАЮЩИМ ЭНЕРГОЗАТРАТЫ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

а) сибутрамин
б) лираглутид
в) семаглутид
г) орлистат

Ответ: а

1200. ПРЕПАРАТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ИНГИБИТОРОМ КИШЕЧНОЙ ЛИПАЗЫ

а) орлистат
б) сибутрамин
в) лираглутид
г) акарбоза

Ответ: а

1201. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 5-10
б) 20-30
в) 50-60
г) 70-80

Ответ: а

1202. РЕСТРИКТИВНЫМИ БАРИАТРИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА

а) уменьшение размеров желудка
б) снижение абсорбции пищи в кишечнике
в) удаление жировых отложений
г) пересадку жировых отложений

Ответ: а

1203. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЧАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА МЕНЕЕ ЧЕМ НА _____ ПРОЦЕНТОВ ЗА _____ МЕСЯЦ/МЕСЯЦЕВ

а) 5; 3
б) 5; 2
в) 5; 1
г) 10; 1

Ответ: а

1204. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИЕМ КОМПЛЕКСА ВИТАМИНОВ И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ

а) всей жизни
б) первого месяца

в) полугода
г) первого года
Ответ: а

1205. НАЗВАНИЕМ ПЕРВОГО ЭТАПА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) «чистые жидкости»
б) «обогащенные жидкости»
в) «вся еда в виде гомогенного пюре»
г) «без особенностей»
Ответ: а

1206. ПРЕПАРАТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ АНАЛОГОМ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1
а) лираглутид
б) орлистат
в) сибутрамин
г) акарбоза
Ответ: а

1207. К РЕСТРИКТИВНЫМ БАРИАТРИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ
а) продольная резекция желудка
б) билиопанкреатическое шунтирование
в) гастрошунтирование
г) установка системы «ЭндоБарьер»
Ответ: а

1208. ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБРАТИМОЙ В ОТНОШЕНИИ ЖЕЛУДКА БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) регулируемое бандажирование желудка
б) продольная (вертикальная, рукавная) резекция желудка
в) билиопанкреатическое шунтирование с единственным анастомозом
г) билиопанкреатическое шунтирование в модификации Scopinaro
Ответ: а

1209. МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА ЛИРАГЛУТИД ЯВЛЯЕТСЯ
а) активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
б) ингибирование кишечной липазы
в) ингибирование альфа-глюкозидазы
г) ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина
Ответ: а

1210. ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ
а) медикаментозное лечение ожирения проводится в течение длительного времени
б) не следует корректировать образ жизни на фоне приема препаратов для лечения ожирения
в) препараты для лечения следует использовать в косметологических целях
г) пациенту может подойти только один препарат для лечения ожирения
Ответ: а

1211. НАИБОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ДОСТИЖЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОБЛАДАЕТ
а) билиопанкреатическое шунтирование

б) продольная резекция желудка
в) установка внутрижелудочных баллонов
г) регулируемое бандажирование желудка
Ответ: а

1212. СИБУТРАМИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ
а) утром
б) днем
в) вечером
г) независимо от времени дня
Ответ: а

1213. НАЗВАНИЕМ ВТОРОГО ЭТАПА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) «обогащенные жидкости»
б) «чистые жидкости»
в) «вся еда в виде гомогенного пюре»
г) «без особенностей»
Ответ: а

1214. ДОЗУ СИБУТРАМИНА СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИВАТЬ ДО 15 МГ В ДЕНЬ В СЛУЧАЕ
а) снижения массы тела менее чем на 2 кг за 1 месяц
б) отсутствия побочных явлений при приеме 10 мг
в) снижения массы тела менее чем на 5 кг за 2 месяца
г) снижения массы тела менее чем на 10 кг за 3 месяца
Ответ: а

1215. МЕДЛЕННУЮ ПОТЕРЮ ВЕСА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИБУТРАМИНОМ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ
а) наличие сопутствующих ожирению заболеваний
б) наличие выраженного ожирения
в) снижение массы тела более чем на 2 кг за 1 месяц
г) снижения массы тела более чем на 5% за 3 месяц
Ответ: а

1216. ОРЛИСТАТ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ
а) во время еды
б) до еды
в) независимо от еды
г) через 2 часа после еды
Ответ: а

1217. УСТАНОВКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО БАЛЛОНА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ
а) предоперационной подготовке пациентов с морбидным ожирением
б) выраженном ожирении (ИМТ > 40 кг/м2) как отдельном способе лечения
в) профилактике ожирения при ИМТ <30 кг/м2
г) нарушении пищевого поведения при ИМТ <30 кг/м2
Ответ: а

1218. ПРЕПАРАТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) сибутрамин

б) орлистат
в) метформин
г) акарбоза
Ответ: а

1219. ПРЕПАРАТОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) орлистат
б) семаглутид
в) лираглутид
г) сибутрамин
Ответ: а

1220. ПРЕПАРАТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) лираглутид
б) орлистат
в) метформин
г) акарбоза
Ответ: а

1221. МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗРЕШЕННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОРЛИСТАТОМ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)
а) 4
б) 2
в) 1
г) 10
Ответ: а

1222. УСТАНОВКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО БАЛЛОНА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ДЛЯ
а) лечения умеренного ожирения (ИМТ 30 - 40 кг/м2)
б) лечения выраженного ожирения (ИМТ > 40 кг/м2)
в) профилактики ожирения при ИМТ <30 кг/м2
г) лечения нарушении пищевого поведения при ИМТ <30 кг/м2
Ответ: а

1223. К МАЛЬАБСОРБТИВНЫМ (КОМБИНИРОВАННЫМ) БАРИАТРИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ
а) билиопанкреатическое шунтирование
б) лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка
в) продольная резекция желудка
г) эндоскопическая установка внутрижелудочного баллона
Ответ: а

1224. У ЖЕНЩИН НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СОКРАЩЕНИЕ СУТОЧНОГО РАЦИОНА НИЖЕ _____ ККАЛ
а) 1200
б) 2000
в) 1800
г) 1500
Ответ: а

1225. МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА ОРЛИСТАТ ЯВЛЯЕТСЯ
а) ингибирование кишечной липазы
б) ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина
в) ингибирование альфа-глюкозидазы
г) активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
Ответ: а

1226. ПРЕДИКТОРОМ УСПЕШНОГО СНИЖЕНИЯ И ДОЛГОВРЕМЕННОГО УДЕРЖАНИЯ МАССЫ ТЕЛА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИБУТРАМИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) снижение массы тела более чем на 5% за 3 месяца
б) отсутствие побочный явлений при приеме 10 мг
в) снижение массы тела менее чем на 2 кг за 2 недели
г) снижение аппетита в утренние часы
Ответ: а

1227. У МУЖЧИН НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СОКРАЩЕНИЕ СУТОЧНОГО РАЦИОНА НИЖЕ _____ ККАЛ
а) 1800
б) 2000
в) 2400
г) 2200
Ответ: а

1228. МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА СИБУТРАМИН ЯВЛЯЕТСЯ
а) ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина
б) ингибирование кишечной липазы
в) ингибирование альфа-глюкозидазы
г) активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
Ответ: а

1229. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАН ВИД ОПЕРАЦИИ КАК
а) гастропликация
б) липосакция
в) абдоминопластика
г) липофиллинг
Ответ: а

1230. РЕКОМЕНДОВАННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ЛИРАГЛУТИДА ПРИ ОЖИРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) 3 мг 1 раз в сутки
б) 0,6 мг 2 раза в сутки
в) 1,2 мг 3 раза в сутки
г) 3 мг 1 раз в неделю
Ответ: а

1231. ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ
а) препараты должны быть дополнением к изменению образа жизни
б) медикаментозное лечение ожирения проводится в течение короткого времени
в) препараты для лечения следует использовать в косметологических целях
г) пациенту может подойти только один препарат для лечения ожирения
Ответ: а

1232. ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБРАТИМОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В ОТНОШЕНИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

а) гастропликация
б) продольная резекция желудка
в) билиопанкреатическое шунтирование в модификации SADI
г) билиопанкреатическое шунтирование в модификации Scopinaro

Ответ: а

1233. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАН ВИД ОПЕРАЦИИ КАК

а) гастрошунтирование
б) липосакция
в) абдоминопластика
г) липофиллинг

Ответ: а

1234. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ ЧЕРЕЗ

а) 2 года
б) полгода
в) 5 лет
г) 10 лет

Ответ: а

1235. ЖЕНЩИНАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАЦИИ И В ТЕЧЕНИЕ _____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

а) 12-24
б) 5-6
в) 1-2
г) 36-48

Ответ: а

1236. ТЕРАПИЮ ЛИРАГЛУТИДОМ ПРИ ОЖИРЕНИИ НАЧИНАЮТ С ДОЗЫ _____МГ В СУТКИ

а) 0,6
б) 1,2
в) 1,8
г) 3,0

Ответ: а

1237. РЕКОМЕНДОВАННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ОРЛИСТАТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МГ 3 РАЗА В СУТКИ

а) 120
б) 60
в) 90
г) 240

Ответ: а

1238. У ПРЕПАРАТА ОРЛИСТАТ МАКСИМАЛЬНО РАЗРЕШЕННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

а) 4
б) 2
в) 1
г) 10
Ответ: а

1239. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С ПОДКОЖНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) лираглутид
б) орлистат
в) сибутрамин
г) метформин
Ответ: а

1240. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) исключение из рациона продуктов с высоким содержанием сахара
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
г) употребление преимущественно твердой пищи
Ответ: а

1241. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) употребление жиров в порции не должно превышать 5 граммов
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
г) употребление преимущественно твердой пищи
Ответ: а

1242. МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДОЗА ЛИРАГЛУТИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В СУТКИ
а) 3,0
б) 0,6
в) 1,2
г) 1,8
Ответ: а

1243. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ САКСЕНДА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
а) медуллярного рака в анамнезе
б) язвы двенадцатиперстной кишки в анамнезе
в) сахарного диабета 2 типа
г) травматических переломов в анамнезе
Ответ: а

1244. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ В РФ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, ОБЛАДАЮЩИМ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) сибутрамин
б) метформин
в) лираглутид
г) орлистат

Ответ: а

1245. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДЕФИЦИТА БЕЛКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

а) отеков
б) болезни бери-бери
в) врожденных пороков развития
г) нарушений зрения

Ответ: а

1246. СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИРАГЛУТИД ЯВЛЯЕТСЯ

а) подкожный
б) внутривенный
в) пероральный
г) ректальный

Ответ: а

1247. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С ПЕРОРАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) орлистат
б) лираглутид
в) ситаглиптин
г) эмпаглифлозин

Ответ: а

1248. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛИРАГЛУТИДА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

а) медуллярного рака в анамнезе
б) язвы двенадцатиперстной кишки в анамнезе
в) сахарного диабета 2 типа
г) травматических переломов в анамнезе

Ответ: а

1249. ПОСЛЕ ИЦИНЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ШАГ ПОВЫШЕНИЯ ДОЗЫ ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В НЕДЕЛЮ

а) 0,6
б) 1,8
в) 1,2
г) 3,0

Ответ: а

1250. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) употребление 1400-1800 мл чистой жидкости в сутки
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) содержание жиров в рационе до 50%
г) употребление преимущественно твердой пищи

Ответ: а

1251. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ В РФ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, ВЛИЯЮЩИМ НА СПОСОБНОСТЬ УСВАИВАТЬ ИЗ ПИЩИ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ПИЩЕВЫЕ ВЕЩЕСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

а) орлистат
б) сибутрамин
в) лираглутид
г) метформин

Ответ: а

1252. ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ

а) витаминов А, Е, В1
б) белка
в) кальция и витамина D
г) паратиреоидного гормона

Ответ: а

1253. НАЗНАЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОЖИРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ ИМТ (В КГ/М2)

а) более 30
б) 18,5-25,0
в) 25,0-30,0
г) менее 18,5

Ответ: а

1254. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) выделение для каждого приема пищи не менее 30-45 минут
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
г) употребление преимущественно твердой пищи

Ответ: а

1255. ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ _____ УВЕЛИЧИВАЕТ ЭНЕРГОЗАТРАТЫ ОРГАНИЗМА

а) сибутрамин
б) лираглутид
в) семаглутид
г) орлистат

Ответ: а

1256. К ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ В РФ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГОМ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1, ОТНОСЯТ

а) лираглутид
б) метформин
в) сибутрамин
г) орлистат

Ответ: а

1257. РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДОЗА ЛИРАГЛУТИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ОТ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В СУТКИ

а) 2,4
б) 0,6
в) 1,2
г) 3,0

Ответ: а

1258. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ У _____ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

а) взрослых; свыше 40
б) детей; 25-30
в) взрослых; 25-30
г) детей; 40

Ответ: а

1259. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) употребление жидкости маленькими глотками
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) употребление преимущественно твердой пищи
г) содержание жиров в рационе до 50%

Ответ: а

1260. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА _____ ПЕРОРАЛЬНЫЙ

а) сибутрамин
б) лираглутид
в) вилдаглиптин
г) инсулин гларгин

Ответ: а

1261. ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОРЛИСТАТ ЯВЛЯЕТСЯ

а) пероральный
б) внутривенный
в) подкожный
г) ректальный

Ответ: а

1262. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) ИМТ > 35 кг/м2, при отсутствии результатов от других методов лечения и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний
б) ИМТ > 35 кг/м2, при отказе пациента от других методов лечения
в) ИМТ > 30 кг/м2, при наличии целлюлита
г) ИМТ > 25 кг/м2, при наличии диагноза F 50.2 нервная булимия

Ответ: а

1263. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) нарезка плотной пищи очень маленькими кусочками
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи

в) употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
г) содержание жиров в рационе до 50%
Ответ: а

1264. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) распределение калорийности на 3 основных и 2 промежуточных приема пищи
б) употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
в) содержание жиров в рационе до 50%
г) употребление преимущественно твердой пищи
Ответ: а

1265. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) исключение продуктов, способных вызывать обструкции
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
г) содержание жиров в рационе до 50%
Ответ: а

1266. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ В РФ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) орлистат
б) натрия цитрат
в) магния сульфат
г) карловарская соль
Ответ: а

1267. РЕКОМЕНДУЕМЫМ ДИЕТОЛОГИЧЕСКИМ ПОДХОДОМ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) использование продуктов и блюд с низким гликемическим индексом, и повышением содержания в диете пищевых волокон (до 30 г в день)
б) включение в рацион продуктов и блюд с высоким гликемическим индексом, и низким содержания в диете пищевых волокон (до 30 г в день)
в) преимущественное использование продуктов и блюд с низким содержанием натрия
г) включение в рацион продуктов и блюд с высоким содержанием белка
Ответ: а

1268. ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) диарея
б) аллергическая реакция
в) гломерулонефрит
г) развитие резистентности к инсулину
Ответ: а

1269. КАЛОРИЙНОСТЬ РАЦИОНА СПОРТСМЕНОВ, ФОРСИРОВАННО СНИЖАЮЩИХ МАССУ ТЕЛА, СНИЖАЕТСЯ ЗА СЧЕТ
а) углеводов
б) белков
в) жиров
г) жидкости

Ответ: а

1270. БОЛЕЗНЬ БЕРИ-БЕРИ, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ДЕФИЦИТ

а) тиамина
б) фолиевой кислоты
в) железа
г) меди

Ответ: а

1271. К ГЛАВНЫМ ЦЕЛЯМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ

а) снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, достижение оптимального уровня артериального давления
б) улучшение внешнего вида и повышение самооценки пациента
в) увеличение потребления овощей и фруктов
г) снижение потребления насыщенных жиров и простых углеводов

Ответ: а

1272. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) отделение приема жидкости от приема пищи – за 30 минут до или после
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) употребление преимущественно твердой пищи
г) содержание жиров в рационе до 50%

Ответ: а

1273. СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СИБУТРАМИН ЯВЛЯЕТСЯ

а) пероральный
б) внутривенный
в) подкожный
г) ректальный

Ответ: а

1274. ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) разжевывание пищи до очень жидкой консистенции
б) распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
в) употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
г) содержание жиров в рационе до 50%

Ответ: а

1275. АНЕМИЯ, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ДЕФИЦИТ

а) железа
б) белка
в) витамина D
г) кальция

Ответ: а

1276. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С ПЕРОРАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) сибутрамин
б) лираглутид
в) ситаглиптин
г) эмпаглифлозин
Ответ: а

1277. РЕКОМЕНДУЕМЫМ ДИЕТОЛОГИЧЕСКИМ ПОДХОДОМ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) снижение энергоценности рациона на 500-1000 ккал от физиологической потребности в энергии с обеспечением снижения массы тела в среднем на 0,5-1 кг/неделю
б) ограничение калорийности рациона в 2 раза от исходного уровня с обеспечением снижения массы тела в среднем на 5 кг/неделю
в) снижение энергоценности рациона не более чем на 100-200 ккал от физиологической потребности в энергии
г) назначение «голодных» разгрузочных дней
Ответ: а

1278. ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ВЕРНИКЕ-КОРСАКОВА, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ДЕФИЦИТ
а) тиамина
б) фолиевой кислоты
в) железа
г) меди
Ответ: а

1279. ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) демпинг-синдром
б) аллергическая реакция
в) гломерулонефрит
г) развитие резистентности к инсулину
Ответ: а

1280. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЛЮКАГОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
а) стимуляции гликогенолиза
б) подавлении гликогенолиза
в) стимуляции гликолиза
г) подавлении глюконеогенеза
Ответ: а

1281. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ТРЕБУЕТСЯ
а) за 48 часов до и после процедуры отменить метформин, НПВС, иАПФ/БРА, иНГЛТ-2, диуретики, оценить уровень креатинина через 48-96 часов, провести адекватную гидратацию
б) за 48 часов до и после процедуры назначить инсулин, оценить уровень креатинина крови, альбумина/креатинина мочи в течение 1 мес. после процедуры, назначить адекватную гидратацию после процедуры.
в) за 12 часов до и после процедуры отменить метформин, НПВС, иАПФ/БРА, иНГЛТ-2, диуретики, оценить уровень креатинина через 120 часов
г) за 24 часов до процедуры отменить метформин, НПВС, иАПФ/БРА, иНГЛТ-2, диуретики, оценить уровень креатинина через 120 часов, провести адекватную гидратацию после процедуры
Ответ: а

1282. КОНТРОЛЬ ГЕМОГЛОБИНА, ЖЕЛЕЗА, ФЕРРИТИНА ПЛАЗМЫ, НАСЫЩЕНИЯ ТРАНСФЕРРИНА ЖЕЛЕЗОМ ПРИ ХБП С4 А1-3 В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДСТВАМИ, СТИМУЛИРУЮЩИМИ ЭРИТРОПОЭЗ, И ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАН 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

а) 1
б) 3
в) 6
г) 12

Ответ: а

1283. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКФ КЛИРЕНСОВЫМИ МЕТОДАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СД ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ

а) морбидного ожирения
б) обострения хронического пиелонефрита
в) выявления протеинурии
г) выявления стеноза почечной артерии

Ответ: а

1284. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И УМЕРЕННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С

а) СД 2, возрастом < 50 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
б) течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней и наличием дополнительного фактора риска сердечно-сосудистого заболевания
в) наличием гипертрофии левого желудочка
г) наличием протеинурии

Ответ: а

1285. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОРАЖАЮТСЯ

а) артерии
б) капилляры
в) венулы
г) вены

Ответ: а

1286. СУТОЧНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ

а) эпизодов гипотензии
б) впервые выявленных нецелевых значений АД
в) желания пациента
г) отсутствии разницы между офисным и домашним значением АД

Ответ: а

1287. КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕФРОЛОГА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХБП С4 А1-3 ПОКАЗАНА 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

а) 6
б) 3
в) 1
г) 12

Ответ: а

1288. К КОНТРИНСУЛЯРНЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСЯТ

а) кортизол
б) лютеинизирующий гормон
в) тестостерон
г) пролактин
Ответ: а

1289. КОНТРОЛЬ КАЛЬЦИЯ, ФОСФОРА ПЛАЗМЫ, ПАРАТГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ДИАЛИЗЕ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В ___ МЕСЯЦ/МЕСЯЦА
а) 3
б) 1
в) 4
г) 6
Ответ: а

1290. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2-Й СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫМ ____ ММ РТ.СТ.
а) 160–179 /100–109
б) ≥ 180 и/или ≥ 110
в) ≥ 130< 140 / ≥ 70 < 80
г) 140–159 / 90–99
Ответ: а

1291. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК СТАДИИ С2А2 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) СКФ 60-89 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи 30-300 мг/г
б) СКФ 30-44 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи <300 мг/г
в) СКФ 45-59 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи <30 мг/г
г) СКФ > 90 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи <30 мг/г
Ответ: а

1292. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНО НЕЗАВИСИМЫХ ОТНОСЯТСЯ ЛИЦА
а) не нуждающиеся в помощи при выполнении мероприятий повседневной активности
б) с повышенной утомляемостью, снижением мобильности
в) с когнитивными нарушениями
г) с ожидаемой продолжительностью жизни менее 6 месяцев
Ответ: а

1293. НЕОБХОДИМЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ДОЗЫ иАПФ ИЛИ БРА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И СКФ < 45 МЛ/МИН/1,73 М²
а) контроль креатинина, калия плазмы через 1 неделю
б) проведение суточного мониторирования ЭКГ
в) проведение ЭХО КГ
г) проведение УЗИ почек
Ответ: а

1294. СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ХБП ОСНОВАНА НА ДВУХ ПОКАЗАТЕЛЯХ
а) скорости клубочковой фильтрации, альбуминурия/протеинурия, соотношение альбумин/креатинин мочи
б) лейкоцитурии, никтурии

в) pH мочи, эритроцитурии
г) лейкоцитурии, эритроцитурии
Ответ: а

1295. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 3-Й СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫМ _____ ММ РТ.СТ.
а) ≥ 180 и / или ≥ 110
б) ≥ 130< 140 / ≥ 70 < 80
в) 140–159 / 90–99
г) 160–179 / 100–109
Ответ: а

1296. ПРЕПРОЛИФЕРАТИВНАЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
а) микроаневризм, множества мягких и твердых экссудатов, интраретинальных микрососудистых аномалий, крупных ретинальных геморрагий
б) микроаневеризм, мелких интраретинальных кровоизлияний, отека сетчатки, единичных твердых и мягких экссудативных очагов
в) неоваскуляризации диска зрительного нерва, ретинальных и преретинальных кровоизлияний, образованием фиброзной ткани
г) единичных микроаневризм
Ответ: а

1297. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С
а) наличием протеинурии
б) течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней
в) СД 1, возрастом < 35 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
г) СД 2, возрастом < 50 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
Ответ: а

1298. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И УМЕРЕННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С
а) СД 1, возрастом < 35 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
б) течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней и наличием дополнительного фактора риска сердечно-сосудистого заболевания
в) наличием гипертрофии левого желудочка
г) наличием протеинурии
Ответ: а

1299. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С
а) установленным сердечно-сосудистым заболеванием
б) течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней
в) СД 1, возрастом < 35 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
г) СД 2, возрастом < 50 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
Ответ: а

1300. КОНТРОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАН 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)
а) 12

б) 6
в) 3
г) 1
Ответ: а

1301. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) нарушением чувствительности, в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока
б) наличием язв, ампутаций в анамнезе
в) отсутствием нейропатии и нарушения магистрального кровотока
г) нарушением чувствительности
Ответ: а

1302. ПРОВЕРКА И ОСМОТР МЕСТ ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАН НЕ РЕЖЕ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)
а) 6
б) 12
в) 9
г) 3
Ответ: а

1303. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК СТАДИИ С3АА2 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) СКФ 45-59 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи 30-300 мг/г
б) СКФ 60-89 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи >30 мг/г
в) СКФ 15-29 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи >300 мг/г
г) СКФ 30-44 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи >300 мг/г
Ответ: а

1304. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КАТАРАКТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ
а) хрусталика
б) сетчатки
в) роговицы
г) стекловидного тела
Ответ: а

1305. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С
а) наличием 3 больших факторов сердечно-сосудистого риска
б) течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней
в) СД 1, возрастом < 35 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
г) СД 2, возрастом < 50 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
Ответ: а

1306. КОНТРОЛЬ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАН 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)
а) 12
б) 6
в) 3
г) 1
Ответ: а

1307. СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И ПОСЛЕДУЮЩИХ РЕГУЛЯРНЫХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ

а) в течение ближайших 3-6 месяцев, далее не реже 2 раз в год

б) в срочном порядке, далее 2 раза в год

в) при снижении остроты зрения, далее по рекомендации офтальмолога

г) в срочном порядке, далее 1 раз в 2 года

Ответ: а

1308. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ СКРИНИНГА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ

а) определение остроты зрения, офтальмоскопия при расширенном зрачке

б) осмотр угла передней камеры глаза, исследование полей зрения

в) фотографирование глазного дна, флюоресцентная ангиграфия глазного дна

г) оптическая когерентная томография, электрофизиологические методы исследования функционального состояния зрительного нерва и сетчатки

Ответ: а

1309. КОНТРОЛЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РЕКОМЕНДОВАН В РЕЖИМЕ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

а) 3

б) 6

в) 1

г) 12

Ответ: а

1310. ПРОФИЛАКТИКОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) обучение больных правилам ухода за ногами, раннее выявление больных, входящих в группу риска

б) ежегодная госпитализация пациентов в эндокринологическое отделение, проведение инфузионной антиоксидантной терапии

в) ношение удобной обуви, лечение сопутствующей патологии

г) ежегодное проведение УЗДС артерий нижних конечностей, проведение физиотерапевтических процедур

Ответ: а

1311. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК СТАДИИ С3БА3 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) СКФ 30-44 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи >300 мг/г

б) СКФ 15-29 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи 30-300 мг/г

в) СКФ 45-59 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи 30-300 мг/г

г) СКФ < 15 мл/мин/1,73м2, альбумин/креатинин мочи <30 мг/г

Ответ: а

1312. КОНТРОЛЬ ЛИПИДОВ КРОВИ ПРИ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЯХ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХБП С3 А1-3 ПОКАЗАНО 1 РАЗ В ___МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ ХБП С3 А1-3

а) 12

б) 6

в) 9

г) 3

Ответ: а

1313. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С

а) наличием ХБП, СКФ < 30 мл/мин/1,73м2
б) течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней
в) СД 1, возрастом < 35 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
г) СД 2, возрастом < 50 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска

Ответ: а

1314. НЕОБХОДИМЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ иАПФ ИЛИ БРА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И СКФ < 45 МЛ/МИН/1,73 М² ЯВЛЯЕТСЯ

а) контроль креатинина, калия плазмы через 1 неделю
б) проведение суточного мониторирования АД
в) проведение ЭКГ
г) проведение УЗИ почек

Ответ: а

1315. КОНТРОЛЬ КРЕАТИНИНА ПЛАЗМЫ С РАСЧЕТОМ СКФ, АЛЬБУМИНА, МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, КАЛИЯ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХБП С4 А1-3 ПОКАЗАНЫ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

а) 3
б) 6
в) 12
г) 1

Ответ: а

1316. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 1-Й СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И/ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РАВНЫМ ____ ММ РТ.СТ.

а) 140–159 / 90–99
б) 160–179 /100–109
в) ≥ 180 и/или ≥ 110
г) ≥ 130< 140 / ≥ 70 < 80

Ответ: а

1317. СРОКИ ПЕРВИЧНОГО И ПОСЛЕДУЮЩИХ РЕГУЛЯРНЫХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ

а) не позднее, чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год
б) с момента дебюта заболевания, далее не реже 1 раз в год
в) не позднее, чем через 3 года от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раз в год
г) начиная с 18 лет 1 раз в год

Ответ: а

1318. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

а) сетчатки
б) сосудов хориоидеи
в) роговицы
г) хрусталика

Ответ: а

1319. КОНТРОЛЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАН 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

а) 12
б) 6
в) 3
г) 1

Ответ: а

1320. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ НА ЗАВЕРШАЮЩЕМ ЭТАПЕ ЖИЗНИ ОТНОСЯТСЯ ЛИЦА

а) с ожидаемой продолжительностью жизни менее 6 месяцев
б) с когнитивными нарушениями
в) с повышенной утомляемостью, снижением мобильности
г) не нуждающиеся в помощи при выполнении мероприятий повседневной активности

Ответ: а

1321. ОСМОТР СТОП У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХБП РЕКОМЕНДОВАН

а) при каждом посещении врача
б) 1 раз в 3 месяца
в) 1 раз в 6 месяцев
г) 1 раз в 12 месяцев

Ответ: а

1322. КОНТРОЛЬ ГЕМОГЛОБИНА, ЖЕЛЕЗА, ФЕРРИТИНА ПЛАЗМЫ, НАСЫЩЕНИЯ ТРАНСФЕРРИНА ЖЕЛЕЗОМ ПРИ ХБП С3 А1-3 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПОКАЗАН 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

а) 6
б) 3
в) 12
г) 1

Ответ: а

1323. КОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В ____ ЧАС/ЧАСА

а) 1
б) 0,5
в) 0,25
г) 2

Ответ: а

1324. ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) наличием язв, ампутаций в анамнезе
б) нарушением чувствительности, в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока
в) отсутствием нейропатии и нарушения магистрального кровотока
г) нарушением чувствительности

Ответ: а

1325. КОНТРОЛЬ ПАРАТГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА СТАДИИ ХБП С5 НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В ___ МЕСЯЦ/МЕСЯЦА

а) 3

б) 1
в) 4
г) 6
Ответ: а

1326. УМЕРЕННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) нарушением чувствительности
б) нарушением чувствительности, в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока
в) наличием язв, ампутаций в анамнезе
г) отсутствием нейропатии и нарушения магистрального кровотока
Ответ: а

1327. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛОДЫЖЕЧНОГО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА ИССЛЕДУЕМЫМИ СОСУДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ___ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
а) артерии
б) капилляры
в) венулы
г) вены
Ответ: а

1328. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) ишемическая болезнь сердца
б) артериальная гипертензия
в) приобретенные пороки сердца
г) почечная недостаточность
Ответ: а

1329. К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С
а) течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней и наличием дополнительного фактора риска сердечно-сосудистого заболевания
б) СД 1, возрастом < 35 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
в) СД 2, возрастом < 50 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
г) наличием гипертрофии левого желудочка
Ответ: а

1330. К БОЛЬШИМ ФАКТОРАМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ОТНОСИТСЯ
а) повышение С-реактивного протеина
б) курение
в) выраженная гиперхолестеринемия
г) выраженная артериальная гипертензия
Ответ: а

1331. К АВТОНОМНОЙ ФОРМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ОТНОСИТСЯ
а) кардиоваскулярная
б) нейроостеоартропатия
в) мононейропатия
г) радикулоплексопатия

Ответ: а

1332. ЯЗВЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЧАЩЕ

а) безболезненные
б) болезненные в положении стоя
в) болезненные в положении лежа
г) болезненные при ходьбе

Ответ: а

1333. РЕНИН ОБРАЗУЕТСЯ В

а) юкстагломерулярном аппарате почек
б) проксимальном канальце
в) мальпигиевом клубочке
г) восходящей части петли генле

Ответ: а

1334. НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) нейроостеоартропатия
б) критическая ишемия нижней конечности
в) тромбофлебит нижней конечности
г) флегмона стопы

Ответ: а

1335. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСИТСЯ

а) оценка пальце-плечевого индекса
б) реовазография
в) оценка уровня холестерина крови
г) электромиография

Ответ: а

1336. ЗАПОДОЗРИТЬ ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ОСМОТРЕ ВОЗМОЖНО ПРИ

а) появлении рубеоза и петехий
б) мурашках, судорогах, жжении
в) боли в коленных суставах, покалывании в пальцах стоп
г) боли по задней поверхности бедра, которая усиливается при натяжении

Ответ: а

1337. ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СЛУЖИТ

а) лодыжечно-плечевой индекс 0,4
б) пальце-плечевой индекс 0,8
в) транскутанное напряжение кислородо 35 мм рт.ст.
г) трехфазная форма допперовской волны

Ответ: а

1338. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ПОЯВЛЕНИЮ ИШЕМИИ, УГРОЖАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

а) артерий
б) артериол
в) вен
г) венул

Ответ: а

1339. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСИТСЯ

а) оценка вибрационной чувствительности градуированным камертоном (128Гц)
б) электронейромиография
в) определение уровня ТТГ в крови
г) оценка уровня витамина В6, В12 в крови

Ответ: а

1340. К АДЪЮВАНТНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСИТСЯ

а) лечение раны с использованием аппарата отрицательного давления
б) хирургическая обработка раны
в) системная антибактериальная терапия
г) разгрузка пораженной нижней конечности

Ответ: а

1341. В КАЧЕСТВЕ РАЗГРУЗОЧНОГО ПОСОБИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

а) индивидуальную повязку Total Contact Cast
б) спортивные кроссовки
в) босоножки на липучках
г) обувь по индивидуальной колодке с индивидуальной стелькой

Ответ: а

1342. БОЛЬ ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛОЙ ИШЕМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ МОЖЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ

а) усилением в положении лежа, ночью
б) усилением в сидячем положении
в) судорожным характером
г) наличием при прикосновении к коже

Ответ: а

1343. СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) молоточкообразная деформация пальцев стоп
б) Hallux valgus
в) пяточная стопа
г) конская стопа

Ответ: а

1344. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ РАНЫ У ПАЦИЕНТА С НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСЯТ

а) рану на подошвенной поверхности стопы в месте избыточного давления, окруженную зоной гиперкератоза

б) резко-болезненную черного цвета рану на боковой поверхности пальца на фоне бледной кожи

в) рану на боковой поверхности стопы на фоне гиперпигментации на фоне варикозного изменения вен конечности

г) рану голени на фоне истонченной кожи с активными грануляциями

Ответ: а

1345. ЗНАЧЕНИЕ ЛОДЫЖЕЧНОГО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА (ЛПИ) > 1,4 У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СВЯЗАНО С

а) кальцинозом артерий нижних конечностей

б) нормальным кровотоком в артериях голени

в) нарушением техники измерения ЛПИ

г) наличием фрагментарных окклюзий в артериях голени

Ответ: а

1346. К КРИТЕРИЯМ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ИШЕМИЯ, УГРОЖАЮЩАЯ ПОТЕРЕЙ КОНЕЧНОСТИ» У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

а) язву стопы, транскутанное напряжение кислорода < 25 мм рт.ст.

б) венозную язву голени, пальце-плечевой индекс 0,8

в) язву стопы с наличием гипекератоза, лодыжечное давление 80 мм рт.ст.

г) онихомикоз, трехфазную форму пульсовой волны по артериям голени

Ответ: а

1347. ЗАПОДОЗРИТЬ ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВОЗМОЖНО ПРИ

а) отсутствии пульсации на артериях нижних конечностей

б) появлении гиперкератозов

в) развитии деформации стопы по типу стопы-качалки

г) появлении отеков

Ответ: а

1348. ХАРАКТЕРНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

а) в зонах избыточного нагрузочного давления

б) акрального расположения

в) в пяточной области

г) на тыле стопе в области плюсны

Ответ: а

1349. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) курение

б) длительная пешая ходьба

в) наличие онкологического заболевания в анамнезе

г) инсоляция

Ответ: а

1350. У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА >1,4 НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

а) измерение пальце-плечевого индекса, УЗДС артерий нижних конечностей

б) консультацию сосудистого хирурга
в) КТ-ангиографию нижних конечностей
г) реваскуляризацию пораженной нижней конечности
Ответ: а

1351. ПРИ РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ РЕНИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ
а) снижается
б) увеличивается
в) не меняется
г) сначала увеличивается, затем нормализуется
Ответ: а

1352. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СТОПЫ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
а) стопа-качалка
б) вальгусная стопа
в) пяточная стопа
г) деформация Тейлора
Ответ: а

1353. ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ
а) кардиоваскулярной формы диабетической нейропатии
б) микрососудистых осложнений сахарного диабета
в) макрососудистых осложнений сахарного диабета
г) течения артериальной гипертензии
Ответ: а

1354. ПРИ ОСМОТРЕ СТОПЫ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ВРАЧА
а) сосудистого хирурга
б) ортопеда-травматолога
в) ревматолога
г) хирурга
Ответ: а

1355. К СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСИТСЯ
а) лечение инфекции
б) местное введение факторов роста
в) лечение раны с использованием аппарата отрицательного давления
г) использование коллаген-содержащих повязок
Ответ: а

1356. КЛАССИФИКАЦИЯ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПО ВАГНЕРУ УКАЗЫВАЕТ
а) глубину поражения раны
б) тяжесть инфекционного процесса
в) тяжесть ишемии
г) форму синдрома диабетической стопы
Ответ: а

1357. ПРИ РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА ПЛАЗМЫ КРОВИ

а) снижается
б) увеличивается
в) не меняется
г) сначала увеличивается, затем нормализуется

Ответ: а

1358. ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

а) новообразованных сосудов в области диска зрительного нерва
б) интраретинальных микрососудистых аномалий
в) твердых экссудатов
г) отека сетчатки

Ответ: а

1359. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСЯТ

а) определение сухожильных рефлексов (ахиллова, коленного)
б) электронейромиографию и электромиографию
в) УЗДС артерий нижних конечностей
г) транскутанное напряжение кислорода в тканях стопы

Ответ: а

1360. НАЛИЧИЕ ИНФЕКЦИИ В РАНЕ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, НАСТУПИВШИМ НА ГВОЗДЬ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) местным отеком и болью
б) появлением гиперкератоза
в) появлением синюшности
г) появлением грануляций в ране

Ответ: а

1361. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ОТНОСИТСЯ

а) электронейромиография
б) оценка тактильной чувствительности (10 гр монофиламент)
в) оценка температурной чувствительности (ТипТерм)
г) оценка вибрационной чувствительности (градуированный камертон 128 Гц)

Ответ: а

1362. К ВЫСОКОМУ РИСКУ ПОТЕРИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ WIFI ОТНОСИТСЯ

а) глубина раны – 3, ишемия – 2, инфекция – 3
б) глубина раны – 1, ишемия – 1, инфекция – 1
в) глубина раны – 1, ишемия – 2, инфекция – 0
г) глубина раны – 1, ишемия – 1, инфекция – 2

Ответ: а

1363. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

а) почечного клубочка
б) петли генле
в) собирательной трубочки

г) мозгового вещества почки
Ответ: а

1364. К СПЕЦИАЛИСТАМ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ИШЕМИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ
а) сосудистый хирург
б) флеболог
в) ревматолог
г) ортопед
Ответ: а

1365. НА КАКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ВПЕРВЫЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ИНТРАРЕТИНАЛЬНЫЕ МИКРОСОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ?
а) препролиферативная
б) пролиферативная
в) непролиферативная
г) стадия конечных изменений в сетчатке
Ответ: а

1366. К ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ
а) с деформациями стоп
б) в дебюте сахарного диабета
в) с ХБП С 1-2
г) занимающиеся физической активностью
Ответ: а

1367. НА ПРЕДДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ КАЛИЯ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
а) увеличивается
б) снижается
в) не меняется
г) сначала снижается, затем нормализуется
Ответ: а

1368. К СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСИТСЯ
а) устранение ишемии
б) местное введение факторов роста
в) лечение раны с использованием аппарата отрицательного давления
г) использование коллаген-содержащих повязок
Ответ: а

1369. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСИТСЯ
а) оценка лодыжечно-плечевого индекса
б) реовазография
в) термометрия
г) электронейромиография
Ответ: а

1370. ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СЛУЖИТ

а) транскутанное напряжение кислорода менее 25 мм рт.ст.
б) лодыжечно-плечевой индекс 0,6
в) пальце-плечевой индекс 0,8
г) двухфазная форма допплеровской волны

Ответ: а

1371. КРИТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ СТАНДАРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЫ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА МАЛОВЕРОЯТНОЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ, СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ)

а) 4
б) 2
в) 6
г) 8

Ответ: а

1372. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

а) боль покоя, усиливающаяся в положении лежа
б) мурашки, судороги, жжение
в) боли в коленных суставах, покалывание в пальцах стоп
г) боли по задней поверхности бедра, усиливающиеся при натяжении

Ответ: а

1373. ДЛЯ ОЦЕНКИ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

а) неврологический мотолочек
б) 10-мг монофиломент
в) градуированный камертон 128 Гц
г) тип-терм

Ответ: а

1374. СНИЖЕНИЕМ ТАКТИЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРИКОСНОВЕНИИ 10-МГ МОНОФИЛАМЕНТОМ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖНО СЧИТАТАТЬ ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ЧУВСТВУЕТ ИЗ ТРЕХ ПРИКОСНОВЕНИЙ _____

а) 1
б) 2
в) 3
г) 0

Ответ: а

1375. ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ДАННЫМИ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ДИАГНОСТИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

а) УЗДС артерий нижних конечностей
б) реовазографии
в) электромиографии
г) сцинтиграфии нижней конечности

Ответ: а

1376. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) быстрое начало и асимметричность симптомов нейропатии
б) дебют сахарного диабета 1 типа
в) дебют сахарного диабета 2 типа
г) наличие болевой формы дистальной диабетической полинейропатии

Ответ: а

1377. К АДЪЮВАНТНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТНОСИТСЯ

а) местное введение факторов роста
б) устранение отека
в) контроль экссудации
г) устранение ишемии

Ответ: а

1378. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НАЗНАЧАЮТ

а) трициклические антидепрессанты
б) альфа-липоевую кислоту
в) витамины группы В
г) инсулин

Ответ: а

1379. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) ортостатическая гипотензия
б) интервал QT менее 440 мс
в) ночное снижение АД
г) склонность к брадиаритмии

Ответ: а

1380. ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРЕН ____ ТИП ПОРАЖЕНИЯ

а) периферический
б) корковый
в) проводниковый
г) сегментарный

Ответ: а

1381. ДИАГНОСТИКА МОТОРНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

а) неврологического молоточка
б) градуированного камертона (128 гц)
в) монофиламента (10 г)
г) ТипТерма

Ответ: а

1382. ОЦЕНКА СЕНСОРНОЙ ФОРМЫ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ

а) тактильной чувствительности
б) сухожильных рефлексов

в) моторного ответа по данным ЭНМГ
г) ортостатической пробы
Ответ: а

1383. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
а) болевой формы диабетической нейропатии
б) ишемической формы синдрома диабетической стопы
в) ХБП С4,5
г) компенсированного гипотиреоза в исходе аутоиммунного тиреоидита
Ответ: а

1384. ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТОАРТРОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) деструктивная артропатия одного или нескольких суставов, с неврологическим дефицитом
б) системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита
в) дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов вследствие поражения хрящевой ткани суставных поверхностей
г) метаболическое заболевание с отложением в различных тканях организма кристаллов уратов в форме моноурата натрия или мочевой кислоты
Ответ: а

1385. К ПАЦИЕНТАМ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С СД
а) 2 типа в дебюте заболевания
б) 1 типа в дебюте заболевания
в) с наличием микроваскулярных осложнений СД
г) 2 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания
Ответ: а

1386. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ОТНОСИТСЯ К
а) микрососудистым осложнениям
б) макрососудистым осложнениям
в) диабетической нейропатии
г) атеросклеротическим изменениям
Ответ: а

1387. ОСТРАЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ
а) градиенте температуры > 2 C^{o} в симметричных исследованиях двух стоп
б) уровне лодыжечно – плечевого индекса 0,4
в) выявлении облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей
г) наличии сухой гангрены пальцев стопы
Ответ: а

1388. К ПАЦИЕНТАМ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ
а) декомпенсированные пациенты с СД 1 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания
б) декомпенсированные пациенты с СД 2 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания
в) пациенты с СД 1 типа в дебюте заболевания
г) пациенты с СД и наличием микроваскулярных осложнений СД
Ответ: а

1389. ОЦЕНКА СЕНСОРНОЙ ФОРМЫ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ

а) вибрационной чувствительности
б) сухожильных рефлексов
в) моторного ответа по данным ЭНМГ
г) ортостатической пробы

Ответ: а

1390. ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а) кардиальная автономная нейропатия
б) ХОБЛ
в) хронический пиелонефрит
г) дистальная диабетическая полинейропатия

Ответ: а

1391. ВОЗМОЖНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОПЫ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) стопа-качалка
б) вальгусная стопа
в) пяточная стопа
г) деформация Тейлора

Ответ: а

1392. К ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С

а) периферической нейропатией любого генеза
б) артериальной гипертензией
в) тиреотоксикозом
г) подагрическим артритом

Ответ: а

1393. КРОВОСНАБЖЕНИЕ ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ____ АРТЕРИЕЙ

а) задней большеберцовой
б) передней большеберцовой
в) малоберцовой
г) латеральной предплюсневой

Ответ: а

1394. ОЦЕНКА ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

а) градуированного камертона 128 Гц
б) неврологического молоточка
в) монофиламента (10 г)
г) ТипТерма

Ответ: а

1395. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТ

а) ретроградную эякуляцию
б) хронический пиелонефрит
в) никтурию

г) частые позывы к мочеиспусканию
Ответ: а

1396. ТЕСТ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПРОИЗОШЛО
а) снижение систолического АД на 20 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст.
б) снижение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 20 мм рт.ст.
в) повышение систолического АД на 20 и более мм рт.ст. и/или снижение диастолического АД на 10 мм рт.ст.
г) снижение систолического и диастолического АД на 10 и более мм рт.ст.
Ответ: а

1397. ПЕРЕДНЯЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ГОЛЕНИ И СТОПЫ ИННЕРВИРУЕТСЯ ____ НЕРВОМ
а) поверхностным малоберцовым
б) глубоким малоберцовым
в) икроножным
г) большеберцовым
Ответ: а

1398. К НЕДИАБЕТИЧЕСКИМ НЕЙРОПАТИЯМ, СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНОМУ ДИАБЕТУ, ОТНОСЯТ
а) туннельные синдромы
б) кардиоваскулярную автономную форму
в) гастроинтестинальную автономную форму
г) дистальную сенсомоторную форму
Ответ: а

1399. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ
а) стимуляция глюконеогенеза
б) введение недостаточной дозы инсулина
в) введение глюкокортикостероидов
г) неадекватная сахароснижающая терапия
Ответ: а

1400. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ
а) возникающая периферическая инсулинорезистентность
б) введение препарата глюкагона
в) пероральный глюкозотолерантный тест
г) введение октреотида
Ответ: а

1401. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) возраст > 75 лет
б) инфаркт миокарда в анамнезе
в) наличие кист почек
г) диабетическая полинейропатия
Ответ: а

1402. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ
а) снижение клиренса глюкозы
б) пероральный глюкозотолерантный тест
в) введение глюкокортикостероидов
г) неадекватная сахароснижающая терапия
Ответ: а

1403. ТЫЛЬНАЯ АРТЕРИЯ СТОПЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ ____ АРТЕРИИ
а) передней большеберцовой
б) задней большеберцовой
в) малоберцовой
г) латеральной предплюсневой
Ответ: а

1404. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
а) мичиганский опросник (MNSI)
б) классификация WIfI
в) классификация PEDIS
г) классификация Wagner
Ответ: а

1405. ОЦЕНКА ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ
а) биотезиометра
б) монофиламента (10 г)
в) ТипТерма
г) неврологического молоточка
Ответ: а

1406. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
а) шкала симптомов нейропатии (NSS)
б) классификация WIfI
в) классификация PEDIS
г) классификация Wagner
Ответ: а

1407. ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
а) новообразованных сосудов в области диска зрительного нерва
б) новообразованных сосудов по всему полю сетчатки
в) множественных ретинальных кровоизлияний
г) микроаневризм, расширением вен и капилляров
Ответ: а

1408. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРАЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
а) односторонней отечностью, гиперемией, гипертермией
б) выраженной болью в стопе, невозможностью наступать на ногу
в) перемежающейся хромотой
г) повышением температуры тела, двухсторонним отеком нижних конечностей
Ответ: а

1409. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) дислипидемия
б) тромбоцитоз
в) эритроцитоз
г) артериальная гипертензия

Ответ: а

1410. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) гематокрит
б) длительность течения сахарного диабета
в) инфаркт миокарда в анамнезе
г) ХСН 1-2 NYHA

Ответ: а

1411. ТЕСТ ВЫЯВЛЕНИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ

а) кардиальной автономной нейропатии
б) ишемической болезни сердца
в) артериальной гипертензии
г) нарушения ритма сердца

Ответ: а

1412. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

а) индивидуальная разгрузочная повязка
б) сложная ортопедическая обувь для пациентов с сахарным диабетом
в) обычная ортопедическая обувь
г) удобная обувь по готовой колодке

Ответ: а

1413. СКРИНИНГ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД

а) 2 типа в дебюте заболевания
б) 1 типа в дебюте заболевания
в) 2 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания
г) 1 типа спустя 3 года от дебюта заболевания

Ответ: а

1414. СКРИНИНГ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД

а) 1 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания
б) 1 типа в дебюте заболевания
в) 2 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания
г) 2 типа спустя 3 года от дебюта заболевания

Ответ: а

1415. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТА С САХАНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) дегидратация
б) инфаркт миокарда > 3 мес давности

в) почетное донорство
г) ХСН 1-2 ФК по NYHA
Ответ: а

1416. ТЕСТ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПРОИЗОШЛО
а) снижение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст.
б) повышение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст.
в) снижение систолического и диастолического АД на 10 и более мм рт.ст.
г) повышение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или снижение диастолического АД на 10 мм рт.ст.
Ответ: а

1417. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ЧАЩЕ
а) полиневритический
б) сегментарный
в) альтернирующий
г) купсулярный
Ответ: а

1418. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТ
а) отсутствие позывов к мочеиспусканию
б) никтурию
в) частые позывы к мочеиспусканию
г) повышение либидо
Ответ: а

1419. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТ
а) «немую» ишемию миокарда
б) артериальную гипертензию
в) разницу в систолическом и диастолическом АД более 60 мм рт.ст.
г) отеки нижних конечностей
Ответ: а

1420. ФАКТОРОМ РИСКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ С ЛУЧЕВОЙ ПРОЦЕДУРОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
а) высоко-осмолярных рентгенконтрастных препаратов
б) низко-осмолярных рентгенконтрастных препаратов
в) физиологического раствора хлорида натрия
г) введение низкомолекулярного гепарина
Ответ: а

1421. ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гастроинтестинальная форма автономной нейропатии
б) дистальная диабетическая полинейропатия

в) заболевания артерий нижних конечностей
г) ХОБЛ
Ответ: а

1422. СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) транзиторная гипергликемия у пациента после хирургического вмешательства или в критическом состоянии без предшествующего СД
б) гипергликемия, возникшая в ходе ночного подавляющего теста у пациента с СД с целью исключения болезни Иценко-Кушинга
в) гипергликемия, возникшая у пациента с СД при однократном введении ГКС
г) гипергликемия, возникшая у пациента с СД в ходе проведения стресс-теста
Ответ: а

1423. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НАЗНАЧАЕТСЯ
а) антиконвульсант
б) Альфа-липоевая кислота
в) витамины группы В
г) инсулин
Ответ: а

1424. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СЛЕПОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) диабетическая ретинопатия
б) глаукома
в) катаракта
г) травма глаза
Ответ: а

1425. АРТЕРИАЛЬНАЯ ПОДОШВЕННАЯ ДУГА ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ _____ АРТЕРИИ
а) задней большеберцовой
б) передней большеберцовой
в) малоберцовой
г) латеральной предплюсневой
Ответ: а

1426. К ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ
а) перенесшие хирургическое вмешательство на стопе
б) с наличием облитерирующего атеросклероза
в) с наличием подагрического артрита
г) с наличием системного остеопороза
Ответ: а

1427. МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) выброс стресс-гормонов и медиаторов воспаления
б) отсутствие терапии метформином
в) блокирование инсулиновых рецепторов анестезией
г) нарушение работы инсулиновых рецепторов в ходе оперативного вмешательства
Ответ: а

1428. ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) гипокальциемии
б) гиперкальцемии
в) гипосфосфатемии
г) снижения фактора роста фибробластов 23

Ответ: а

1429. ПАТОЛОГИЯ, ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

а) липоидный некробиоз
б) варикозная болезнь нижних конечностей
в) ишемическая форма синдрома диабетической стопы
г) нейропатическая форма синдрома диабетической стопы

Ответ: а

1430. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ФОСФОРА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

а) уменьшения абсорбции фосфора в кишечнике
б) увеличения абсорбции фосфора в кишечнике
в) увеличения потребления продуктов, содержащих фосфор
г) увеличения мобилизации фосфатов из кости

Ответ: а

1431. РАЗВИТИЮ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СПОСОБСТВУЕТ

а) стимуляция остеокластов паратгормоном
б) стимуляция остеобластов паратгормоном
в) кальциноз медии артерий
г) избыточное потребление витамина D

Ответ: а

1432. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФОСФАТОВ В КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) нарушения экскреции фосфора
б) повышения образования фосфора
в) снижения выработки фактора роста фибробластов
г) увеличения D-зависимой абсорбции фосфора в кишечнике

Ответ: а

1433. ДИАГНОЗ АДИНАМИЧЕСКОЙ КОСТНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТА С СД И ХБП У ЛИЦ С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ

а) нормальном уровне ПТГ без терапии антипаратиреоидными препаратами
б) высоком уровне ПТГ без терапии антипаратиреоидными препаратами
в) высоком уровне щелочной фосфатазы
г) гипокальциемии

Ответ: а

1434. КАЛЬЦИФИЛАКСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) кальцификации медианы сосудов кожи малого калибра
б) кальцификации медианы сосудов межпальцевых артерий
в) тромбоза почечных артерий
г) кальциноза коронарных артерий

Ответ: а

1435. ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК УСИЛИВАЕТСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ

а) фактора роста фибробластов -23
б) паратгормона
в) гипокальциемии
г) гиперкальциемии

Ответ: а

1436. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ФОСФОРА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ВОЗМОЖНО ПРИ СОБЛЮДЕНИИ _____ ДИЕТЫ

а) низкобелковой
б) низкоуглеводной
в) гиполипидемической
г) высокобелковой

Ответ: а

1437. ВЕРОЯТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КАЛЬЦИФИЛАКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП ЯВЛЯЕТСЯ

а) декомпенсированный вторичный гиперпаратиреоз
б) терапия витамина D в низких дозах
в) гиперальбуминемия
г) сопутствующая патология почек

Ответ: а

1438. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ОТЕКЕ СТОПЫ И ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА, ЛОКАЛЬНЫМ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

а) диабетическую нейроостеоартропатию
б) критическую ишемию конечности
в) подагру
г) острую ишемию конечности

Ответ: а

1439. ДЕФИЦИТ КАЛЬЦИТРИОЛА С РАЗВИТИЕМ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) деструкции проксимальных канальцев
б) увеличения предшественников кальцитриола
в) активизации 1α-гидроксилазы
г) снижения уровня фосфора в крови

Ответ: а

1440. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КАЛЬЦИФИЛАКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП ЯВЛЯЕТСЯ

а) некроз кожи и мягких тканей с болевым синдромом
б) сухая гангрена пальцев рук и ног
в) прогрессирование ХБП с резким снижением СКФ
г) безболевая ишемия миокарда

Ответ: а

1441. ВТОРИЧНАЯ РУБЕОЗНАЯ ГЛАУКОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) роста сосудов по радужной оболочке глаза
б) диабетической ретинопатии
в) гликирования хрусталика
г) травмы глаза

Ответ: а

1442. ОДНИМ ИЗ МЕЖДУНАРОДНЫХ МНОГОЦЕНТРОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ИЗУЧЕНИЮ КОНТРОЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а) COMPASS
б) DCCT
в) UKPDS
г) ADVANCE

Ответ: а

1443. КАЛЬЦИФИЛАКСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА СТАДИИ ХБП

а) С5 на гемодиализе
б) С2 и ниже
в) С3 и ниже
г) С4 и ниже

Ответ: а

1444. КАКОЙ КЛАСС САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СПОСОБЕН УВЕЛИЧИТЬ РИСК ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХСН У ПАЦИЕНТОВ С СД?

а) тиазолидиндионы
б) метформин
в) ГПП-1
г) иНГЛТ-2

Ответ: а

1474. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОЙ ФОРМЫ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ

а) амитриптилина
б) пентоксифиллина
в) трентала
г) актовегина

Ответ: а

1475. В СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 2 СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТА 64 ЛЕТ С СД, ХБП С3а, БЕЗ ИБС РЕКОМЕНДОВАНО

а) иАПФ + тиазидный диуретик
б) иАПФ +петлевой диуретик
в) БРА +спиронолактон
г) тиазидный диуретик + антагонисты кальциевых каналов

Ответ: а

1476. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТА СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) <7,5

б) <6
в) <8,0
г) <8,5
Ответ: а

1477. ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕТЛЕВЫЕ ДИУРЕТИКИ НАЗНАЧАЮТ ПРИ НАЛИЧИИ
а) хронической сердечной недостаточности
б) ХБП С3а
в) микроальбуминурии
г) подагры
Ответ: а

1478. ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПОДАГРОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
а) гидрохлортиазида
б) лозартан
в) эналаприл
г) спиронолактона
Ответ: а

1479. КАКОЙ КЛАСС ДИУРЕТИКОВ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧАТЬ ЛИЦАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И СКФ ОТ 60 ДО 30 МЛ/МИН/1,73 М²?
а) агонисты минералокортикоидных рецепторов
б) петлевые диуретики
в) тиазидные диуретики
г) тиазидоподобные диуретики
Ответ: а

1480. ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВОЗРАСТОМ 18-65 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ММ РТ.СТ.
а) ≥ 120< 130 / ≥ 70 < 80
б) ≥ 130< 140 / ≥ 70 < 80
в) ≥ 140< 150 / ≥ 80 < 85
г) ≥ 110< 120 / ≥ 65 < 70
Ответ: а

1481. НА СТАДИИ С1-5 ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ДОПУСТИМ ПРИЕМ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ
а) ситаглиптин, вилдаглиптин, саксаглиптин, алоглиптин, линаглиптин
б) канаглифлозин, росиглитазон, гликлазид МВ, пиоглитазон
в) глимепирид, репаглинид, эксенатид, дапаглифлозин, канаглифлозин
г) глимепирид, репаглинид, росиглитазон, дулаглутид, эмпаглифлозин
Ответ: а

1482. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ У ПАЦИЕНТОВ С СД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) длительность течения сахарного диабета
б) дифференциальная диагностика ИБС
в) оценка эффективности лечебных мероприятий
г) определение индивидуальной толерантности к физической нагрузке
Ответ: а

1483. К ПРЕПАРАТАМ 4-Й ЛИНИИ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

а) альфа-блокаторы
б) бета-блокаторы
в) антагонисты кальция
г) иАПФ

Ответ: а

1484. ПАЦИЕНТАМ НИЗКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ БЕЗ ДЕФОРМАЦИЙ СТОПЫ ПОКАЗАНО НОШЕНИЕ

а) готовой обуви, купленной в обычном магазине, но с соблюдением правил подбора обуви
б) сложной ортопедической обуви индивидуального пошива, индивидуальной стельки
в) «обуви по готовой колодке» с индивидуальной изготовленной стелькой
г) обычной ортопедической обуви

Ответ: а

1485. ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ ПРИ

а) значении лодыжечного-плечевого индекса <0,9, пальце-плечевого индекса ≤ 0,75
б) наличии жалоб на онемение пальцев стопы, судорог, наличии трехфазной формы допплеровской волны на артериях голени
в) наличии раны на подошвенной поверхности стопы, окруженной зоной гиперкератоза, значении лодыжечно-плечевого индекса 1,2
г) наличии остеомиелита пальца стопы

Ответ: а

1486. ПАЦИЕНТАМ УМЕРЕННОЙ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С РАЗВИТИЕМ УМЕРЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОКАЗАНО НОШЕНИЕ

а) «обуви по готовой колодке» с индивидуальной изготовленной стелькой
б) готовой обуви, купленной в обычном магазине, но с соблюдением правил подбора обуви.
в) сложной ортопедической обуви индивидуального пошива, индивидуальной стельки
г) обычной ортопедической обуви

Ответ: а

1487. ПРИЕМ _____ НЕ РЕКОМЕНДОВАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

а) маннитола
б) торасемида
в) индапамида
г) верошпирона

Ответ: а

1488. ГЛАВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) снижение давления на перегруженные участки подошвенной поверхности стопы
б) обеспечение комфорта, удобства при одевании и снятии, возможность регулировки объема
в) стабилизация суставов стопы, в том числе голеностопного сустава
г) защищать стопу от травм

Ответ: а

1489. ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СД ОДНОКОМПОНЕНТНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ

а) клинически значимого атеросклероза других артериальных бассейнов (сонных, коронарных, почечных и т.д.)

б) диабетической нефропатии, хронической болезни почек С1А2

в) синдрома диабетической стопы, нейропатической формы

г) фибрилляции предсердий

Ответ: а

1490. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

а) бисопролол

б) пропранолол

в) соталол

г) анаприлин

Ответ: а

1491. НАЗНАЧЕНИЕ МОНОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВОЗМОЖНО ПРИ

а) систолическом АД < 150 мм рт.ст.

б) наличии ишемической болезни сердца

в) возрасте > 70 лет

г) наличии постоянной формы фибрилляции предсердий

Ответ: а

1492. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КРОВОТОКА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (УЗИ, КТ, МРТ) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) наличие длительно-незаживающей раны стопы, снижение лодыжечно-плечевого индекса <0,4

б) скрининг на выявление заболеваний артерий нижних конечностей

в) наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии

г) наличие острой стадии диабетической нейроостеоартропатии

Ответ: а

1493. ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

а) сахарном диабете 1 типа

б) акромегалии

в) диффузном токсическом зобе

г) первичном гипотиреозе

Ответ: а

1494. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) дренажная хирургия

б) панретинальная коагуляция сетчатки

в) консервативное лечение

г) имплантация интраокулярной линзы

Ответ: а

1495. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ГРУППЫ ДПП-4 СПОСОБЕН ЗНАЧИМО УВЕЛИЧИТЬ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?

а) саксаглиптин
б) алоглиптин
в) ситаглиптин
г) линаглиптин

Ответ: а

1496. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ЯВЛЯЕТСЯ

а) циркуляторный коллапс
б) сахарный диабет
в) хронический пиелонефрит
г) препролиферативная ретинопатия

Ответ: а

1497. СРОКОМ ОТМЕНЫ МЕТФОРМИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБШИРНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ_____ ЧАСА/ЧАСОВ

а) 48
б) 24
в) 72
г) 96

Ответ: а

1498. К ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА СТОПАМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СНИЖЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ

а) ежедневный осмотр стоп
б) согревание стоп при замерзании горячей грелкой
в) хождение по теплым камням босиком
г) ношение обуви обычного пошива

Ответ: а

1499. КАКОЙ САХАРОСНИЖАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ СНИЖАЕТ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?

а) дапаглифлозин
б) саксаглиптин
в) алоглиптин
г) пиоглитазон

Ответ: а

1500. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ иАПФ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

а) двусторонний стеноз почечных артерий
б) наличие хронической сердечной недостаточности
в) развитие гипокалиемии
г) развитие эритроцитоза

Ответ: а

1501. МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) инфузионная терапия 0,9 % NaCl
б) инфузионная терапия бикарбонатом натрия
в) назначение диуретиков
г) назначение иАПФ, БРА
Ответ: а

1502. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КОЖИ СТОП (ТРЕЩИНА, ПОРЕЗ) ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
а) бесцветные антисептические растворы
б) спиртсодержащие красящие растворы
в) мазь Вишневского
г) перекись водорода
Ответ: а

1503. ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
а) статинов
б) пентоксифиллина
в) актовегина
г) вессел дуэ ф
Ответ: а

1504. НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) НПВС
б) ацетилсалициловая кислота
в) метформин
г) иНГЛТ-2
Ответ: а

1505. ПОКАЗАНИЕМ К ОТМЕНЕ СА-СОДЕРЖАЩИХ ФОСФАТБИНДЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) уровень ПТ выше целевых значений
б) уровень ПТГ ниже целевых значений
в) кальциноз сосудов
г) адинамическая костная болезнь
Ответ: а

1506. ПОКАЗАНИЕМ К ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) тракционная отслойка сетчатки
б) препролиферативная диабетическая ретинопатия
в) открытоугольная глаукома
г) зрелая катаракта
Ответ: а

1507. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛАНТАРНЫХ РАН У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА
а) активная пешая нагрузочная ходьба
б) обработка раны жидким антисептиком
в) антибактериальная терапия
г) разгрузка стопы при помощи разгрузочного полубашмака

Ответ: а

1508. ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ СМЕСИ ДЛЯ ИНФУЗОМАТА _____ ЕД ИКД (ИУКД) СМЕШИВАЮТ С 2 МЛ РАСТВОРА АЛЬБУМИНА 20 % И ПОСРЕДСТВОМ РАСТВОРА NaCl 0,9 % ДОВОДЯТ ДО 50 МЛ

а) 50
б) 30
в) 20
г) 100

Ответ: а

1509. У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С4-5D С ГИПЕРФОСФАТЕМИЕЙ РЕКОМЕНДОВАН ОТКАЗ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩЕГО ФОСФАТБИНДЕРА ПРИ

а) развитии адинамической костной болезни
б) уровне ПТГ выше целевых значений
в) гипокальциемии
г) снижении уровня витамина D

Ответ: а

1510. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ

а) инсулинорезистентность
б) гиперкалиемия
в) гипернатрийемия
г) гипокальциемия

Ответ: а

1511. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ β-БЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

а) синдрома слабости синусового узла
б) артериальной гипертензии
в) постоянной формы фибрилляции предсердий
г) хронической сердечной недостаточности

Ответ: а

1512. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ЯВЛЯЕТСЯ

а) гипомагнезиемия
б) сахарный диабет
в) ХБП С3-4
г) протеинурия

Ответ: а

1513. РИСК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ОТСУТСТВУЕТ ПРИ

а) ХБП С5, анурии, на диализе
б) хроническом пиелонефрите
в) мочекаменной болезни
г) ХБП С1, А2

Ответ: а

1514. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ

а) гипергликемия
б) гиперкалиемия
в) гипернатрийемия
г) гипокальциурия

Ответ: а

1515. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) гемофильтрация
б) гидратация физиологическим раствором
в) гидратация бикарбонатом натрия
г) пероральная гидратация

Ответ: а

1516. К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

а) отмену метформина на 48 час при СКФ 30- 44мл/мин/1,73м2
б) назначение и-АПФ или БРА
в) использование гиперосмолярных рентгенконтрастных препаратов
г) использование гадолиний-содержащих рентгеноконтрастных препаратов

Ответ: а

1517. НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) рентген-контрастный препарат
б) розувастатин
в) метформин
г) амлодипин

Ответ: а

1518. В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

а) индивидуально изготовленный ортез
б) сложная ортопедическая обувь с учетом требований к обуви для пациентов с СД
в) ортопедическая обувь без учета требований к обуви для пациентов с СД
г) индивидуальная разгрузочная повязка Total Contact Cast

Ответ: а

1519. КАКОЙ ПРЕПАРАТ РЕКОМЕНДОВАН ПРИ СОХРАНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ иАПФ/БРА, АНТАГОНИСТЫ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ, БЕТА-БЛОКАТОРОВ?

а) ивабрадин
б) пропранолол
в) бисопролол
г) эналаприл

Ответ: а

1520. В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

а) сложная ортопедическая обувь с учетом требований к обуви для пациентов с СД
б) ортопедическая обувь без учета требований к обуви для пациентов с СД
в) индивидуальная разгрузочная повязка Total Contact Cast
г) обувь по готовой колодке, купленная в обычном магазине

Ответ: а

1521. В ОТСУТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИ-ЗНАЧИМОГО ЭФФЕКТА ОТ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПОКАЗАНО

а) направление в клинику боли
б) назначение НПВС
в) назначение инсулинотерапии
г) МРТ головного мозга

Ответ: а

1522. ПРИЧИНОЙ ОТМЕНЫ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОВ С СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ И ОБШИРНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

а) лактацидоза
б) гипогликемии
в) гастростаза
г) дуоденостаза

Ответ: а

1523. К СРЕДСТВАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСИТСЯ

а) эластическое белье второго класса компрессии на всю длину ног
б) резкая смена положения тела
в) прием горячей пищи
г) резкое вставание

Ответ: а

1524. К НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

а) аминогликозиды
б) ацетилсалициловую кислоту
в) метформин
г) иНГЛТ-2

Ответ: а

1525. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПРИЕМЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ

а) тошнота
б) головная боль
в) гипергликемия
г) усиление нейропатических болей

Ответ: а

1526. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ РЕКОМЕНДОВАН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НАРУШЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?

а) алискирен

б) эмпаглифлозин
в) метформин
г) виктоза
Ответ: а

1527. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНА ПРИ
а) ЛПИ <0,4, наличии длительно-незаживающей раны
б) боли в нижней конечности при ходьбе менее 250 м
в) боли в нижней конечности при положительном симптоме Ласега
г) ЛПИ >1,4
Ответ: а

1528. ПОКАЗАНИЕМ К ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гемофтальм
б) непролиферативная диабетическая ретинопатия
в) зрелая катаракта
г) рубеозная глаукома
Ответ: а

1529. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КОАГУЛЯТЫ НАНОСЯТСЯ
а) по всей зоне сетчатки, исключая макулярную зону
б) по всей зоне сетчатки, включая макулярную зону
в) парамакулярно в несколько рядов
г) локально, в местах локализации микроаневризм
Ответ: а

1530. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ НЕСЪЕМНОГО ВАРИАНТА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАЗГРУЗОЧНОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
а) гнойно-деструктивного процесса в стопе
б) отек нижней конечности
в) фобии пациента для ношения несъемного пособия
г) СКФ менее 30 мл/мин
Ответ: а

1531. РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ
а) амфотерицин
б) иНГЛТ-2
в) амлодипин
г) вилдаглиптин
Ответ: а

1532. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ЯВЛЯЕТСЯ
а) тяжелая сердечная недостаточность
б) сахарный диабет
в) ВДКН

г) субклинический гипотиреоз
Ответ: а

1533. КАКОЙ САХАРОСНИЖАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ СНИЖАЕТ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?
а) канаглифлозин
б) саксаглиптин
в) алоглиптин
г) пиоглитазон
Ответ: а

1534. КАКОЙ САХАРОСНИЖАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ СПОСОБЕН УВЕЛИЧИТЬ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?
а) саксаглиптин
б) ситаглиптин
в) метформин
г) эмпаглифлозин
Ответ: а

1535. ПРИ РАЗВИТИИ КАЛЬЦИФИКАЦИИ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ФОСФОРА В КРОВИ НЕ РЕКОМЕНДОВАН ПРИЕМ
а) карбоната кальция
б) севеламера гидрохлорида
в) карбонат лантана
г) гидроксид алюминия
Ответ: а

1536. ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧЕНИЯ ФОСФАТБИНДЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
а) снижение уровня фосфатов в крови
б) увеличение уровня фосфатов в крови
в) снижение уровня кальция крови
г) снижение уровня паратгормона
Ответ: а

1537. ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
а) статинов
б) пентоксифиллина
в) актовегина
г) вессел дуэ ф
Ответ: а

1538. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ
а) гипергликемия
б) гиперкалиемия
в) гипернатриемия
г) гипокальциемия
Ответ: а

1539. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

а) пневмоортез
б) сложная ортопедическая обувь для пациентов с сахарным диабетом
в) обычная ортопедическая обувь
г) удобная обувь по готовой колодке

Ответ: а

1540. ВОЗМОЖНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ АМЛОДИПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) отеки нижних конечностей
б) гипергликемия
в) гиперлипидемия
г) снижает выброс катехоламинов

Ответ: а

1541. ЕДИНСТВЕННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) разгрузка нижней конечности
б) назначение бисфосфонатов
в) назначение препаратов кальция, витамина Д
г) назначение глюкокортикостероидов

Ответ: а

1542. К ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА СТОПАМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРИ ЛПИ 0,7, ОТСУТСТВИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В 2-Х ПРИКОСНОВЕНИЯХ 10-МГ МОНОФИЛОМЕНТОМ ИЗ 3-Х, НАЛИЧИИ МОЛОТОКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП ОТНОСЯТ

а) использование неметаллической пилки для обработки ороговевшей кожи
б) согревание стоп грелкой с горячей водой при замерзании
в) ношение обычной ортопедической обуви дома и на улице
г) использование химических препаратов и пластырей для удаления мазолей

Ответ: а

1543. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БОЛЬШИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ДОЛЖНО БЫТЬ

а) прекращено с переходом на базис-болюсный режим инсулинотерапии
б) продолжено
в) прекращено с переходом на режим инсулинотерапии в режиме малых доз
г) прекращено

Ответ: а

1544. КОНТРОЛЬ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА С СД И ХБП В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕКОМЕНДОВАН КАЖДЫЕ (В ЧАСАХ)

а) 4-6
б) 1-2
в) 12
г) 24

Ответ: а

1545. ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП РЕКОМЕНДУЕТСЯ

а) инфузия 10% раствора глюконата или хлорида кальция
б) назначение нативного препарата витамина D
в) назначение фосфатбиндеров
г) назначение кальцимиметиков

Ответ: а

1546. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП НЕ ОТНОСИТСЯ

а) гипофосфатемия
б) синдром «голодной кости»
в) гипопаратиреоз
г) персистенция гиперпаратиреоза

Ответ: а

1547. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

а) нормализация процессов ремоделирования костной ткани
б) достижение референсного для данной лаборатории уровня ПТГ
в) усиление фиброза костного мозга
г) снижение уровня креатинина крови

Ответ: а

1548. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) цинакальцет
б) кальцитриол
в) альфакальцидол
г) парикальцитол

Ответ: а

1549. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

а) Труссо
б) Кохера
в) Краусса
г) Розенбаха

Ответ: а

1550. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ КОРРЕКТИРУЕТСЯ ПРЕПАРАТАМИ

а) кальция
б) кальцимиметики
в) фосфатбиндеры
г) нативного витамина D

Ответ: а

1551. К МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ

а) паратиреоидэктомия
б) назначение препаратов, содержащих аминокислоты

в) назначение инсулинотерапии
г) назначение препаратов нативного витамина D
Ответ: а

1552. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
а) неконтролируемая гиперкальциемия
б) уровень ПТГ более 1000 пг/ при однократном определении
в) развитие остеопороза
г) развитие выраженной гипокальциемии
Ответ: а

1553. ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ С ПРЕВЫШЕНИЕМ ЦЕЛЕВОГО ИПТГ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК РЕКОМЕНДОВАНО
а) назначение препарата солей кальция
б) назначение кальцимиметика
в) отмена препарата витамина D
г) инициация гемодиализа
Ответ: а

1554. ПРИ РАЗВИТИИ КАЛЬЦИФИЛАКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП РЕКОМЕНДУЕТСЯ
а) снизить или отменить терапию препаратами витамина D
б) снизить дозу кальцимиметиков
в) увеличить дозу препарата витамина D
г) снизить продолжительность гемодиализа
Ответ: а

1555. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) сахарный диабет
б) артериальная гипотензия
в) хроническая лейкоцитурия
г) хроническая бактериурия
Ответ: а

1556. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОКАЛЬЦЕМИИ (СИНДРОМ «ГОЛОДНОЙ КОСТИ») ВСЛЕДСТВИЕ ПАРАТИРЕОИДКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД ХБП И ВЫСОКОГО РИСКА С ВЫСОКООБМЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
а) предоперационный прием активного препарата витамина D
б) предоперационный прием нативного препарата витамина D
в) увеличение дозы кальцимиметиков
г) увеличение дозы фосфатбиндеров
Ответ: а

1557. К ПРЕПАРАТУ ГРУППЫ СЕЛЕКТИВНОГО АКТИВАТОРА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА Д ОТНОСИТСЯ
а) парикальцитол
б) кальцитриол
в) альфакальцидол

г) карбонат кальция
Ответ: а

1558. У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП 3-5 СТАДИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИЕРОЗА ПРИ УРОВНЕ Р И СА В ЦЕЛЕВОМ ДИАПАЗОНЕ ВКЛЮЧАЕТ
а) прием активаторов рецептора витамина Д
б) прием фосфатбиндеров
в) прием кальцимиметиков
г) переход на инсулинотерапию
Ответ: а

1559. У ЛИЦ С СД , ХБП, АДИНАМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КОСТЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ И ПЕРЕЛОМОВ С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ И ГИПЕРФОСФАТЕМИИ, АКТИВАЦИИ КОСТНОГО ОБМЕНА И СТИМУЛЯЦИИ СЕКРЕЦИИ ПТГ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
а) отказ от применения кальций-содержащих фосфатбиндеров
б) назначение алюминий-содержащих фосфатбиндеров
в) диета с повышенным содержанием фосфатов
г) назначить бисфосфонаты
Ответ: а

1560. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ
а) Хвостека
б) Ортнера
в) Грефе
г) Мебиуса
Ответ: а

1561. ПРОФИЛАКТИКОЙ ЛИПОДИСТРОФИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) рекомендованная частота смены зоны инъекции
б) отказ от инсулина
в) редкая смена игл на шприц-ручке
г) выполнение инъекции внутрикожно
Ответ: а

1562. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ УРОВНЕ СКОРРЕКТИРОВАННОГО Na+ 145-165 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ
а) NaCl раствора 0,45%
б) NaCl раствора 0,9%
в) глюкозы раствора 5%
г) коллоидных растворов
Ответ: а

1563. СКОРОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ХЛОРИДА КАЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ, ПРИ ЗНАЧЕНИИ КАЛИЯ В КРОВИ 4-4,9 ММОЛЬ/Л СОСТАВЛЯЕТ __Г/ЧАС
а) 1,5
б) 3
в) 1
г) 2,5

Ответ: а

1564. УМЕНЬШЕНИЕ ДОЗЫ ВВОДИМОГО ИНСУЛИНА ВДВОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО ПРИ СКОРОСТИ СНИЖЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ

а) >4 ммоль/л, но ≤ 5 ммоль/л в час
б) 3-4 ммоль/л в час
в) >5 ммоль/л в час
г) < 3 ммоль/л от исходной в первые 2-3 часа лечения

Ответ: а

1565. ЗАПУСК ПРОЦЕССОВ ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗА И КЕТОГЕНЕЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ НЕДОСТАТКЕ

а) инсулина
б) глюкагона
в) соматотропного гормона
г) кортизола

Ответ: а

1566. В СИНТЕЗЕ КЕТОНОВЫХ ТЕЛ УЧАСТВУЮТ

а) свободные жирные кислоты
б) гликогенные аминокислоты
в) сахароза
г) инсулин

Ответ: а

1567. ОТЕК МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) быстрого снижения гликемии и осмолярности плазмы
б) медленного снижения гликемии, введения 0,9% раствора NaCl, при уровне Na^+< 145 ммоль/л
в) введения больших доз препаратов калия
г) желудочно-кишечного кровотечения

Ответ: а

1568. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ПРИ РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА СВЯЗАНО С

а) наличием инфекционного очага
б) усугублением течения осложнения
в) развитием отека мозга
г) развитием псевдоперитонита

Ответ: а

1569. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАНО

а) введение 0,9% раствора NaCl внутривенно капельно со скоростью 1 л/ч
б) инсулинотерапия в режиме больших доз до быстрого достижения целевых значений гликемии
в) введение глюкагона
г) контроль сознания пациента, внутривенное введение инсулина

Ответ: а

1570. КАКОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ДЫХАНИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ?

а) Куссмауля
б) Биота
в) Чейна-Стокса
г) Грокка

Ответ: а

1571. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА?

а) глюкоза плазмы > 13 ммоль/л, гиперкетонемия, метаболический ацидоз
б) глюкоза крови > 35 ммоль/л, высокая осмолярность плазмы, отсутствие кетоза, ацидоза
в) гипергликемия, концентрация лактата > 5,0 ммоль/л, pH < 7,35
г) глюкоза плазмы < 3 ммоль/л

Ответ: а

1572. ГИПОВОЛЕМИЕЙ, ТРЕБУЮЩЕЙ НАЗНАЧЕНИЯ КОЛЛОИДНЫХ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА СЧИТАЕТСЯ

а) систолическое АД < 80 мм рт.ст.
б) уровень центрального венозного давления 5-12 см водн.ст.
в) систолическое АД 100 мм рт.ст.
г) центральное венозное давление> 12 см водн.ст.

Ответ: а

1573. РАСЧЕТ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ ПРОВОДИТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

а) 2(Na^+, ммоль/л +K^+, ммоль/л) + глюкоза, ммоль/л
б) 2(Na^+, ммоль/л + глюкоза, ммоль/л)+ K^+ммоль/л
в) 1,5(Na^+, ммоль/л + K^+,ммоль/л) + глюкоза, ммоль/л
г) 2(Na^+, ммоль/л +K^+, ммоль/л) + глюкоза, ммоль/л/2

Ответ: а

1574. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ СКОРРЕКТИРОВАННОГО Na^+ <145 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

а) NaCl раствора 0,9%
б) NaCl раствора 0,45%
в) глюкозы раствора 5%
г) пероральной регидратации

Ответ: а

1575. КАКИМИ ПАРАМЕТРАМИ КРОВИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОЛОЧНОКИСЛЫЙ АЦИДОЗ?

а) ацидоз с анионной разницей ≥10 ммоль/л, уровень молочной кислоты крови > 4 ммоль/л
б) глюкоза крови > 35 ммоль/л, высокая осмолярность плазмы, отсутствие кетоза
в) глюкоза плазмы > 13 ммоль/л, pH крови > 7,4, анионная разница < 10 ммоль/л
г) глюкоза плазмы > 13 ммоль/л, бикарбонат плазмы > 18 ммоль/л

Ответ: а

1576. ПРИ ОСТРОЙ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ МЕТФОРМИНОМ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ

а) сорбентов (активированный уголь и др.)
б) ингибиторов протоновой помпы

в) инсулина
г) пищеварительных ферментных средств
Ответ: а

1577. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСЯТ
а) диабетический кетоацидоз
б) гемофтальм
в) острый инфаркт миокарда
г) сепсис
Ответ: а

1578. К СИМПТОМАМ КЕТОАЦИДОЗА И АЦИДОЗА ОТНОСЯТСЯ
а) запах ацетона изо рта, тошнота, рвота, дыхание Куссмауля
б) запах аммиака изо рта, развитие судорог, дыхание Чейна-Стокса
в) развитие полиморфной неврологической симптоматики
г) кома, развитие гаспинг-дыхания
Ответ: а

1579. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЕ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ОТНОСЯТ
а) глюкозу крови > 35 ммоль/л, высокую осмолярность плазмы, отсутствие кетоза, ацидоза
б) глюкозу плазмы > 13 ммоль/л, гиперкетонемию
в) гипергликемию, концентрацию лактата > 5,0 ммоль/л, pH < 7,35
г) глюкозу плазмы < 3 ммоль/л
Ответ: а

1580. РАСЧЕТНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА В РЕЖИМЕ МАЛЫХ ДОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА СОСТАВЛЯЕТ (Ед/КГ/ЧАС)
а) 0,1-0,15
б) 0,5
в) 0,3
г) 0,7
Ответ: а

1581. ДОПУСТИМАЯ СКОРОСТЬ СНИЖЕНИЯ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ___ МОСМОЛЬ/Л/ЧАС
а) 3-5
б) 6-7
в) 7-9
г) не более 10
Ответ: а

1582. ОПТИМАЛЬНОЙ СКОРОСТЬЮ СНИЖЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л/ЧАС)
а) 3-4
б) 6-8
в) 1-2
г) 4-5
Ответ: а

1583. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а) pH крови ≤ 6,9 или уровень стандартного бикарбоната < 5 ммоль/л
б) глюкоза плазмы > 15 ммоль/л, pH крови ≤ 7,3
в) глюкоза плазмы > 15 ммоль/л, резкое повышение кетоновых тел сыворотки крови
г) pH крови ≤ 7,3 или уровень стандартного бикарбоната < 10 ммоль/л

Ответ: а

1584. ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРЕДЫДУЩЕЙ ДОЗЫ ВВОДИМОГО ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО ПРИ СКОРОСТИ СНИЖЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ

а) 3-4 ммоль/л в час
б) < 3 ммоль/л от исходной в первые 2-3 часа лечения
в) >5 ммоль/л в час
г) >4 ммоль/л, но ≤ 5 ммоль/л в час

Ответ: а

1585. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯТСЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГИПЕРОСМОЛЯРНОЕ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ?

а) глюкоза крови, определение кетоновых тел в моче по тест-полоскам
б) электрокардиография, калий, натрий крови
в) оценка гематокрита, pH крови
г) исследование бикарбоната, осмолярности крови

Ответ: а

1586. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) сАД > 90 мм рт.ст, pH артериальной крови 7.25-7.3, калий плазмы >3,5 ммоль/л
б) сАД < 90 мм рт.ст, pH артериальной крови < 7.0, калий плазмы <3,5 ммоль/л
в) сонливостью, бикарбонат плазмы 10-<15 ммоль/л, калий плазмы <3,5 ммоль/л
г) сАД < 100 мм рт.ст, pH артериальной крови < 7.25, появление лактата > 5,0

Ответ: а

1587. ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ПО ПРИНЦИПУ БАЗИС-БОЛЮСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА (ДКА) ПОКАЗАНО ПРИ

а) легкой степени тяжести ДКА
б) средней степени тяжести ДКА
в) тяжелой степени тяжести ДКА
г) средней и тяжелой степени тяжести в отсутствии инфузомата

Ответ: а

1588. ПРОЦЕССЫ ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗА И КЕТОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИНДУЦИРУЮТСЯ

а) глюкагоном
б) соматотропным гормоном
в) адреналином
г) кортизолом

Ответ: а

1589. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ОТДЕЛЕНИИ

а) реанимации

б) эндокринологическом
в) терапевтическом
г) хирургическом
Ответ: а

1590. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЛАКТАТАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
а) прием бигуанидов
б) введение глюкагона
в) замедление опорожнения желудка
г) передозировка препаратов сульфонилмочевины
Ответ: а

1591. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) сАД < 90 мм рт.ст, pH артериальной крови < 7,0, калий плазмы <3,5 ммоль/л
б) сАД > 90 мм рт.ст, pH артериальной крови 7,25-7,3, калий плазмы >3,5 ммоль/л
в) сонливостью, ЧСС 60-100 уд/мин, калий плазмы <3,5 ммоль/л
г) сАД < 100 мм рт.ст, pH артериальной крови < 7,25, появление лактата > 5,0
Ответ: а

1592. К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА НЕ ОТНОСЯТ
а) инсулинотерапию в режиме больших доз
б) инсулинотерапию в режиме малых доз
в) проведение регидратации
г) введение бикарбоната натрия по показаниям
Ответ: а

1593. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО
а) введение 0,9% раствора NaCl внутривенно, капельно со скоростью 1 л/ч
б) инсулинотерапия в режиме больших доз до быстрого достижения целевых значений гликемии
в) введение глюкагона
г) контроль сознания пациента, внутривенное введение инсулина
Ответ: а

1594. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО В
а) отделении реанимации
б) терапевтическом отделении
в) эндокринологическом отделении
г) амбулаторных условиях
Ответ: а

1595. УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЗЫ ВВОДИМОГО ИНСУЛИНА ВДВОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО ПРИ СКОРОСТИ СНИЖЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ
а) < 3 ммоль/л от исходной в первые 2-3 часа лечения
б) >4 ммоль/л, но ≤ 5 ммоль/л в час
в) 3-4 ммоль/л в час
г) >5 ммоль/л в час
Ответ: а

1596. КОЛЛОИДНЫЕ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛИ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ

а) гиповолемии
б) гипернатриемии
в) гипокалиемии
г) гипогликемии

Ответ: а

1597. КРИТЕРИЕМ РАЗРЕШЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) глюкоза плазмы < 11 ммоль/л, pH крови ≥ 7,3, бикарбонат ≥ 18 ммоль/л
б) глюкоза плазмы < 13 ммоль/л, pH крови ≤7,3, бикарбонат ≥ 13 ммоль/л
в) глюкоза плазмы < 9 ммоль/л, pH крови 7,3, бикарбонат ≥ 13 ммоль/л
г) глюкоза плазмы < 13 ммоль/л, pH крови ≤ 7,3, бикарбонат < 18 ммоль/л

Ответ: а

1598. ОШИБКОЙ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) назначение мочегонных средств
б) проведение регидратации
в) введение препаратов калия
г) введение коллоидных растворов

Ответ: а

1599. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯТСЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ?

а) определение уровня глюкозы крови и кетоновых тел в моче тест-полосками
б) электрокардиография, калий, натрий крови
в) оценка гематокрита, pH крови
г) исследование бикарбоната, осмолярности крови

Ответ: а

1600. ОСМОЛЯРНОСТЬ ПЛАЗМЫ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ____ МОСМОЛЬ/Л

а) >320
б) 295-320
в) 285-295
г) 265-285

Ответ: а

1601. ОСОБЕННОСТЬЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОМ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) введение очень малых доз инсулина (0,5-2 Ед/час)
б) введение больших доз инсулина
в) инсулинотерапия в режиме малых доз (0,1 Ед/кг/час)
г) нагрузочная доза инсулина 0,2 Ед/кг внутримышечно

Ответ: а

1602. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЛАКТАТАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) внутривенное введение рентгеноконтрастных средств
б) передозировка инсулина
в) пропуск приема пищи
г) введение глюкагона

Ответ: а

1603. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) несвоевременное назначение или неадекватная коррекция дозы инсулина
б) длительная физическая активность
в) прием алкоголя
г) надпочечниковая недостаточность

Ответ: а

1604. ПРЕРЫВАНИЕ ПРОЦЕССА КАТАБОЛИЗМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЕМ НАЗНАЧЕНИЯ

а) заместительной инсулинотерапии
б) препаратов для проведения регидратации
в) препаратов для коррекции водно-электролитных нарушений
г) парентерального питания

Ответ: а

1605. ПРОПУСК ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ДОЗЫ ВВОДИМОГО ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО ПРИ СКОРОСТИ СНИЖЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ

а) >5 ммоль/л в час
б) >4 ммоль/л, но ≤ 5 ммоль/л в час
в) 3-4 ммоль/л в час
г) < 3 ммоль/л от исходной в первые 2-3 часа лечения

Ответ: а

1606. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) передозировка сахароснижающих препаратов
б) интеркуррентное заболевание
в) хроническая терапия стероидами
г) беременность

Ответ: а

1607. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКТАТАЦИДОЗА ПРОВОДИТСЯ

а) введение 0,9% раствора NaCl внутривенно капельно
б) инсулинотерапия в режиме больших доз до быстрого достижения целевых значений гликемии
в) введение глюкагона
г) контроль сознания пациента, внутривенное введение инсулина

Ответ: а

1608. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ТРЕБУЕТСЯ

а) 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов
б) 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов
в) введение глюкагона
г) внутривенное введение 100 мл 40% раствора глюкозы

Ответ: а

1609. ДИАБЕТИЧЕСКИЙ ПСЕВДОПЕРИТОНИТ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) воздействия кетоновых тел и дегидратации брюшины

б) развития гастралгического варианта инфаркта миокарда
в) раздражающего действия гипергликемии на ЖКТ, развития глюкозотоксичности
г) развития острого аппендицита
Ответ: а

1610. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНО В
а) терапевтическом/эндокринологическом отделении
б) амбулаторных условиях
в) отделении реанимации
г) хирургическом отделении
Ответ: а

1611. ОТЕК МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
а) быстрого снижения глюкозы крови, избыточного введения 0,45% раствора NaCl
б) медленного снижения глюкозы крови, введения 0,9% раствора NaCl, при уровне Na^{+}< 145 ммоль/л
в) введения больших доз препаратов калия
г) острой почечной недостаточности
Ответ: а

1612. НАЛИЧИЕ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ (50 ММОЛЬ/Л И БОЛЕЕ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КОМЫ
а) гиперосмолярной
б) гипогликемической
в) кетоацидотической
г) гиперлактацидемической
Ответ: а

1613. ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЕ СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В КРОВИ
а) снижено
б) повышено
в) в пределах нормы
г) коррелирует с содержанием магния
Ответ: а

1614. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ТРЕБУЕТСЯ
а) внутривенное введение 40-100 мл 40% раствора глюкозы
б) 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов
в) 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов
г) 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов, далее 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов
Ответ: а

1615. ЗАПАХ АЦЕТОНА ИЗО РТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КОМЫ
а) гипергликемической
б) гипогликемической
в) уремической
г) мозговой
Ответ: а

1616. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ГЛЮКАГОНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО КУПИРОВАНИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

а) рвоты
б) эйфории
в) аритмии
г) понижения артериального давления

Ответ: а

1617. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРЕЛОМОВ В АНАМНЕЗЕ ДИАГНОЗ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ УСТАНАВЛИВАТЬ НА ОСНОВАНИИ Т-КРИТЕРИЯ МЕНЕЕ

а) -2,5
б) -2,0
в) -3,0
г) -1,5

Ответ: а

1618. ДИАГНОЗ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УСТАНАВЛИВАТЬ НА ОСНОВАНИИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ОБЛАСТИ

а) лучевой кости
б) бедра в целом
в) шейки бедра
г) поясничных позвонков

Ответ: а

1619. ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ 10-ЛЕТНЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОСНОВНЫХ НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ, ПРИ КОТОРОМ (И ПРИ БОЛЕЕ НИЗКИХ ЗНАЧЕНИЯХ) ПАЦИЕНТУ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВАНИИ СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА НЕ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ И ПАЦИЕНТ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА - ЭТО

а) низкая вероятность переломов
б) высокая вероятность переломов
в) порог вмешательства
г) точка терапевтического вмешательства

Ответ: а

1620. ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ DXA (PDXA) ИЗМЕРЯЕТ МПК ПРЕДПЛЕЧЬЯ, _____ ИЛИ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

а) пальца
б) поясничных позвонков
в) шейки бедра
г) костей черепа

Ответ: а

1621. ЗАПОДОЗРИТЬ КОМПРЕССИОННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ НЕОБХОДИМО ПРИ СНИЖЕНИИ РОСТА ЗА ЖИЗНЬ НА _____ (В СМ)

а) 4 и более
б) 1
в) 2
г) 3

Ответ: а

1622. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ (МПК) В ПРЕДЕЛАХ 1 СТАНДАРТНОГО ОТКЛОНЕНИЯ (SD) ОТ СРЕДНЕГО ЗНАЧЕНИЯ У МОЛОДЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) нормой
б) остеопений
в) остеопорозом
г) тяжелым остеопорозом

Ответ: а

1623. СОГЛАСНО ИНТЕРПРЕТАЦИИ КОНЦЕНТРАЦИЙ 25(OH)D, ПРИНЯТОЙ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ЭНДОКРИНОЛОГОВ, ВЫРАЖЕННОМУ ДЕФИЦИТУ ВИТАМИНА D СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ 25(OH)D В КРОВИ __ НГ/МЛ (__ НМОЛЬ/Л)

а) <10; (<25)
б) ≥30; (≥75)
в) ≥ 20 и <30; (≥50 и <75)
г) < 20; (< 50)

Ответ: а

1624. СОГЛАСНО ГРАДАЦИИ ПО СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ МИКРОАРХИТЕКТОНИКИ ТРАБЕКУЛЯРНЫЙ КОСТНЫЙ ИНДЕКС (ТКИ) > 1,23, но <1,31 СООТВЕТСТВУЕТ

а) частично деградированной микроархитектонике
б) нормальной микроархитектонике
в) нарушенной микроархитектонике
г) деградированной микроархитектонике

Ответ: а

1625. СРЕДИ МАРКЕРОВ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ СТАБИЛЬНЫМ, С ХОРОШЕЙ ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬЮ И РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БОЛЬШИНСТВУ ПАЦИЕНТОВ СЧИТАЕТСЯ

а) N-концевой проколлаген 1 типа (P1NP)
б) С-концевой телопептиды коллагена 1 типа
в) костно-специфическая щелочная фосфатаза
г) остеокальцин

Ответ: а

1626. К МАРКЕРАМ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

а) костно-специфическая щелочная фосфатаза
б) пиридинолин
в) дезоксипиридинолин
г) С-концевой телопептид коллагена 1 типа

Ответ: а

1627. СОГЛАСНО ГРАДАЦИИ ПО СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ МИКРОАРХИТЕКТОНИКИ ДЕГРАДИРОВАННОЙ МИКРОАРХИТЕКТОНИКЕ СООТВЕТСТВУЕТ ТРАБЕКУЛЯРНЫЙ КОСТНЫЙ ИНДЕКС (ТКИ)

а) ≤ 1,2
б) > 1,2
в) < 1,35
г) ≥ 1,35

Ответ: а

1628. ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ DXA (PDXA) ИЗМЕРЯЕТ МПК ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ПАЛЬЦА ИЛИ
а) пяточной кости
б) поясничных позвонков
в) шейки бедра
г) костей черепа
Ответ: а

1629. НАБОР ПИКА КОСТНОЙ МАССЫ ДОСТИГАЕТ МАКСИМУМА К (В ГОДАХ)
а) 20-30
б) 16-18
в) 30-40
г) 35-45
Ответ: а

1630. ТКАНЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ОЦЕНИВАЮЩИЙ ПИКСЕЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ ПО ШКАЛЕ ГРАДАЦИЙ СЕРОГО НА ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
а) трабекулярный костный индекс
б) костный минеральный компонент
в) Z-критерий
г) Т-критерий
Ответ: а

1631. ПРИ ОТСУТСТВИИ ДАННЫХ ДРУГИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ДИАГНОЗ ОСТЕОПОРОЗА ВОЗМОЖНО УСТАНОВИТЬ НА ОСНОВАНИИ
а) низкотравматического перелома
б) лабораторных исследований
в) УЗ-денситометрии
г) повышенной прозрачности костей скелета на стандартных рентгенограммах
Ответ: а

1632. СТАНДАРТНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ ВЫШЕ ИЛИ НИЖЕ СРЕДНЕГО ПОКАЗАТЕЛЯ ОТ ПИКА КОСТНОЙ МАССЫ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 20-29 ЛЕТ
а) Т-критерий
б) Z-критерий
в) минеральная плотность кости
г) костный минеральный компонент
Ответ: а

1633. К МАРКЕРАМ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
а) дезоксипиридинолин
б) костно-специфическая щелочная фосфатаза
в) остеокальцин
г) N-концевой проколлаген 1 типа (P1NP)
Ответ: а

1634. СТАНДАРТНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ ВЫШЕ ИЛИ НИЖЕ СРЕДНЕГО ПОКАЗАТЕЛЯ МПК У ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН АНАЛОГИЧНОГО ВОЗРАСТА
а) Z-критерий
б) Т-критерий

в) минеральная плотность кости
г) костный минеральный компонент
Ответ: а

1635. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ Т-КРИТЕРИЙ -1,0 И ВЫШЕ В ШЕЙКЕ БЕДРА СООТВЕТСТВУЕТ
а) норме
б) остеопении
в) остеопорозу
г) тяжелому остеопорозу
Ответ: а

1636. К МАРКЕРАМ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ
а) костно-специфическая щелочная фосфатаза
б) с-концевой телопептид коллагена 1 типа
в) дезоксипиридинолин
г) N-концевой телопептид коллагена 1 типа
Ответ: а

1637. ПРОВЕДЕНИЕ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ (DXA) РЕКОМЕНДОВАНО У ЛИЦ БЕЗ ТЕРАПИИ С ИНТЕРВАЛОМ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ ОТ ПЕРВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
а) 12
б) 18
в) 24
г) 36
Ответ: а

1638. СОГЛАСНО ИНТЕРПРЕТАЦИИ КОНЦЕНТРАЦИЙ 25(OH)D, ПРИНЯТОЙ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ЭНДОКРИНОЛОГОВ, УРОВНЮ С ВОЗМОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТОКСИЧНОСТИ ВИТАМИНА D СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИЯ 25(OH)D В КРОВИ __ НГ/МЛ (__ НМОЛЬ/Л)
а) >150; (>375)
б) ≥30; (≥75)
в) ≥ 20 и <30; (≥50 и <75)
г) < 20; (< 50)
Ответ: а

1639. РЕКОМЕНДОВАНО УСТАНАВЛИВАТЬ ДИАГНОЗ «ОСТЕОПОРОЗ» И НАЗНАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПРИ СНИЖЕНИИ МПК НА ___ И БОЛЕЕ СТАНДАРТНЫХ ОТКЛОНЕНИЯ (SD) ПО Т-КРИТЕРИЮ В ШЕЙКЕ БЕДРА И/ИЛИ В ЦЕЛОМ В БЕДРЕ И/ИЛИ В ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКАХ (L1-L4, L2-L4), ИЗМЕРЕННОЙ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИЕЙ (DXA), У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ
а) 2,5
б) 2,0
в) 1,5
г) 1,0
Ответ: а

1640. ПЕРВИЧНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ ЗАНИМАЕТ __% В СТРУКТУРЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ (ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ) И __% В СТРУКТУРЕ ОСТЕОПОРОЗА У МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ

а) 50; 50
б) 80; 95
в) 5; 20
г) 20; 5
Ответ: а

1641. СОГЛАСНО ИНТЕРПРЕТАЦИИ КОНЦЕНТРАЦИЙ 25(OH)D, ПРИНЯТОЙ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ЭНДОКРИНОЛОГОВ, ДЕФИЦИТУ ВИТАМИНА D СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ 25(OH)D В КРОВИ __ НГ/МЛ (__ НМОЛЬ/Л)
а) < 20; (< 50)
б) <10; (<25)
в) ≥30; (≥75)
г) ≥ 20 и <30; (≥50 и <75)
Ответ: а

1642. Т-КРИТЕРИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СТАНДАРТНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ ВЫШЕ ИЛИ НИЖЕ СРЕДНЕГО ПОКАЗАТЕЛЯ ОТ ПИКА КОСТНОЙ МАССЫ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
а) 20-29
б) 30-39
в) 40-49
г) 50-59
Ответ: а

1643. СРЕДИ МАРКЕРОВ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ НАИБОЛЕЕ СТАБИЛЬНЫМ, С ХОРОШЕЙ ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬЮ И РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БОЛЬШИНСТВУ ПАЦИЕНТОВ СЧИТАЕТСЯ
а) С-концевой телопептиды коллагена 1 типа
б) N-концевой проколлаген 1 типа (P1NP)
в) пиридинолин
г) дезоксипиридинолин
Ответ: а

1644. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ (МПК) ОТ 1,0 ДО 2,5 SD НИЖЕ СРЕДНЕГО ЗНАЧЕНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С МОЛОДЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) остеопенией
б) нормой
в) остеопорозом
г) тяжелым остеопорозом
Ответ: а

1645. ОСОБЕННО ВЫСОКА ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ТЕЧЕНИЕ ___ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА
а) 6
б) 24
в) 16
г) 12
Ответ: а

1646. ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ 10-ЛЕТНЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОСНОВНЫХ НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ, ПРИ КОТОРОМ ПАЦИЕНТУ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВАНИИ СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПОКАЗАНО НАЧИНАТЬ ТЕРАПИЮ ОСТЕОПОРОЗА - ЭТО

а) точка терапевтического вмешательства
б) низкая вероятность переломов
в) высокая вероятность переломов
г) средний риск перелома

Ответ: а

1647. КРИТЕРИЕМ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА НА (В ПРОЦЕНТАХ)

а) 20
б) 10
в) 15
г) 5

Ответ: а

1648. КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ТЕЛА ПОЗВОНКА – ЭТО СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА (КОМПРЕССИОННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ) В ПЕРЕДНЕМ, СРЕДНЕМ ИЛИ ЗАДНЕМ ОТДЕЛАХ НА _____% И БОЛЕЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ОТДЕЛАМИ ЭТОГО ЖЕ ПОЗВОНКА

а) 20
б) 5
в) 10
г) 15

Ответ: а

1649. В СТРУКТУРЕ ОСТЕОПОРОЗА ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ ЗАНИМАЕТ ____ % У ЖЕНЩИН И _____ % У МУЖЧИН

а) 5; 20
б) 20; 5
в) 95; 80
г) 80; 95

Ответ: а

1650. ЗНАЧЕНИЕ ТРАБЕКУЛЯРНОГО КОСТНОГО ИНДЕКСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

а) введения в алгоритм FRAX как дополнительный фактор риска
б) принятия решения о назначении лечения остеопороза
в) принятия решения о необходимости профилактики остеопороза
г) выбора метода терапии минерально-костных нарушений

Ответ: а

1651. СКРИНИНГ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУПП С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ПЕРЕЛОМОВ ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

а) алгоритма FRAX
б) двухэнергетической рентгеновской денситометрии
в) рентгенографии позвоночника
г) ультразвуковой денситометрии

Ответ: а

1652. СОГЛАСНО ИНТЕРПРЕТАЦИИ КОНЦЕНТРАЦИЙ 25(OH)D, ПРИНЯТОЙ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ЭНДОКРИНОЛОГОВ, НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ 25(OH)D В КРОВИ __ НГ/МЛ (__ НМОЛЬ/Л)

а) ≥ 20 и <30; (≥50 и <75)
б) <10; (<25)
в) ≥30; (≥75)
г) < 20; (< 50)

Ответ: а

1653. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ Т-КРИТЕРИЙ ОТ -1,0 ДО -2,5 СООТВЕТСТВУЕТ

а) остеопении
б) норме
в) остеопорозу
г) тяжелому остеопорозу

Ответ: а

1654. СОГЛАСНО ГРАДАЦИИ ПО СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ МИКРОАРХИТЕКТОНИКИ ТРАБЕКУЛЯРНЫЙ КОСТНЫЙ ИНДЕКС (ТКИ) ≥ 1.35 СООТВЕТСТВУЕТ

а) нормальной микроархитектонике
б) нарушенной микроархитектонике
в) деградированной микроархитектонике
г) частично деградированной микроархитектонике

Ответ: а

1655. К МАРКЕРАМ КОСТНОЙ РЕЗОРБЦИИ ОТНОСИТСЯ

а) С-концевой телопептиды коллагена 1 типа
б) костно-специфическая щелочная фосфатаза
в) остеокальцин
г) N-концевой проколлаген 1 типа (P1NP)

Ответ: а

1656. СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУПП С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ПЕРЕЛОМОВ РЕКОМЕНДОВАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ _____ СРЕДИ ВСЕХ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ

а) алгоритма FRAX
б) денситометрии
в) рентгенографии
г) биохимического анализа крови

Ответ: а

1657. СОГЛАСНО ГРАДАЦИИ ПО СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ МИКРОАРХИТЕКТОНИКИ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОАРХИТЕКТОНИКЕ СООТВЕТСТВУЕТ ТРАБЕКУЛЯРНЫЙ КОСТНЫЙ ИНДЕКС (ТКИ)

а) ≥ 1,35
б) ≤ 1,2
в) > 1,2
г) > 1,2, но <1,35

Ответ: а

1658. ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ 10-ЛЕТНЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОСНОВНЫХ НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ, ПРИ КОТОРОМ (И ПРИ БОЛЕЕ ВЫСОКИХ ЗНАЧЕНИЯХ)

ПАЦИЕНТУ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВАНИИ СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА НЕ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ И ПАЦИЕНТ ОДНОЗНАЧНО НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА - ЭТО

а) высокая вероятность переломов
б) порог вмешательства
в) точка терапевтического вмешательства
г) низкая вероятность переломов

Ответ: а

1659. ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ DXA (PDXA) ИЗМЕРЯЕТ МПК _____, ПАЛЬЦА ИЛИ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

а) предплечья
б) поясничных позвонков
в) шейки бедра
г) костей черепа

Ответ: а

1660. ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ МПК ПРИ ПОМОЩИ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

а) 12
б) 3
в) 6
г) 9

Ответ: а

1661. ПОКАЗАТЕЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ, В РАСЧЁТЕ КОТОРОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО МИНЕРАЛИЗОВАННОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ В СКАНИРУЕМОЙ ПЛОЩАДИ

а) минеральная плотность кости
б) костный минеральный компонент
в) Т-критерий
г) Z-критерий

Ответ: а

1662. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ АКЛАСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ КИСЛОТА

а) золедроновая
б) алендроновая
в) ибандроновая
г) этидроновая

Ответ: а

1663. СОГЛАСНО ИНТЕРПРЕТАЦИИ КОНЦЕНТРАЦИЙ 25(OH)D, ПРИНЯТОЙ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ЭНДОКРИНОЛОГОВ, АДЕКВАТНОМУ УРОВНЮ ВИТАМИНА D СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИЯ 25(OH)D В КРОВИ __ НГ/МЛ (__ НМОЛЬ/Л)

а) ≥30; (≥75)
б) ≥ 20 и <30; (≥50 и <75)
в) < 20; (< 50)
г) >150; (>375)

Ответ: а

1664. СОГЛАСНО ГРАДАЦИИ ПО СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ МИКРОАРХИТЕКТОНИКИ ТРАБЕКУЛЯРНЫЙ КОСТНЫЙ ИНДЕКС (ТКИ) ≤ 1,2 СООТВЕТСТВУЕТ

а) деградированной микроархитектонике
б) частично деградированной микроархитектонике
в) нормальной микроархитектонике
г) нарушенной микроархитектонике

Ответ: а

1665. ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

а) Т-критерий
б) Z-критерий
в) костный минеральный компонент
г) минеральная плотность кости

Ответ: а

1666. ДИАПАЗОН Т-КРИТЕРИЯ ДЛЯ ОСТЕОПЕНИИ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

а) от -1,0 до -2,5
б) от -0,5 до -2,0
в) от -1,5 до -2,5
г) от -1,0 до -3,0

Ответ: а

1667. ПРОЛИА ЯВЛЯЕТСЯ

а) моноклональным антителом к RANKL
б) аминобисфосфонатом
в) аналогом витамина D3
г) активным фрагментом человеческого ПТГ

Ответ: а

1668. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ АКЛАСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) лихорадка
б) сонливость
в) кашель
г) снижение аппетита

Ответ: а

1669. ПРОЛИА ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

а) гипокальциемии
б) гиперкальциемии
в) снижении СКФ менее 30 мл/минуту
г) эрозивном гастрите

Ответ: а

1670. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРОЛИА ЯВЛЯЕТСЯ

а) деносумаб
б) золедроновая кислота
в) алендроновая кислота
г) терипаратид

Ответ: а

1671. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ФОРСТЕО ЯВЛЯЕТСЯ
а) терипаратид
б) деносумаб
в) ризедроновая кислота
г) золедроновая кислота
Ответ: а

1672. ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ ПРИ ГЕМОХРОМАТОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН
а) прямым токсическим действием железа на костную ткань
б) мальабсорбцией
в) гипокальциемией
г) гипопаратиреозом
Ответ: а

1673. РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ БОНВИВЫ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
а) 3 месяца
б) месяц
в) 6 месяцев
г) неделю
Ответ: а

1674. К ЭНДОКРИННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА, ОТНОСИТСЯ
а) тиреотоксикоз
б) первичный гиперальдостеронизм
в) макропролактинемия
г) несахарный диабет
Ответ: а

1675. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ОТНОСЯТ
а) рецидив заболевания при наличии костных нарушений
б) карциному околощитовидной железы
в) наличие гиперкальциурии
г) наличие сахарного диабета
Ответ: а

1676. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
а) торможение секреции соматотропного гормона
б) повышение секреции соматотропного гормона
в) торможение катаболизма белка
г) повышение всасывания кальция в кишечнике
Ответ: а

1677. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТНОСЯТ
а) остеопороз
б) ортостатическую гипотонию
в) тотальную липодистрофию
г) гипергидроз
Ответ: а

1678. ОСТЕОПОРОЗ В ЛЮБОМ ИЗ ОТДЕЛОВ СКЕЛЕТА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЕГО _____ ФОРМЫ

а) костной
б) артропатической
в) мягкой
г) малосимптомной

Ответ: а

1679. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКЛАСТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

а) 12
б) 3
в) 6
г) 9

Ответ: а

1680. ДОЗИРОВКА АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ

а) 70 мг 1 раз в неделю
б) 35 мг 1 раз в неделю
в) 70 мг 1 раз в день
г) 140 мг 1 раз в месяц

Ответ: а

1681. К ВТОРИЧНОЙ ФОРМЕ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ _____ ОСТЕОПОРОЗ

а) стероидный
б) постменопаузальный
в) ювенильный
г) идиопатический

Ответ: а

1682. НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

а) истончение коркового слоя и остеопороз
б) снижение высоты межпозвонковых дисков, грыжи дисков
в) краевые разрастания, спондилез
г) сужение костно-мозгового канала

Ответ: а

1683. ОСОБЕННОСТЬЮ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ВСЛЕДСТВИЕ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) развитие переломов позвонков при отсутствии снижения МПК
б) выраженное снижение МПК в поясничном отделе позвоночника
в) выраженное снижение МПК в бедренной кости
г) выраженное снижение МПК в лучевой кости

Ответ: а

1684. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) гиперкальциемия
б) гипокальциемия
в) гипергликемия

г) гиперурикемия
Ответ: а

1685. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ФОСАМАКСА ЯВЛЯЕТСЯ КИСЛОТА
а) алендроновая
б) памидроновая
в) ризедроновая
г) ибандроновая
Ответ: а

1686. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПОВЫШАЕТ РИСК ПЕРЕЛОМОВ
а) тел позвонков
б) лучевой кости
в) шейки бедренной кости
г) шейки плечевой кости
Ответ: а

1687. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ БЕЛКОМ КОСТНОГО МАТРИКСА ЯВЛЯЕТСЯ КОЛЛАГЕН ___ ТИПА
а) I
б) II
в) III
г) IV
Ответ: а

1688. ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) вторичный остеопороз
б) ревматоидный артрит
в) остеохондроз
г) судорожный синдром
Ответ: а

1689. РАЗОВАЯ ДОЗИРОВКА ЗОЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 5
б) 1
в) 3
г) 10
Ответ: а

1690. ДЕНОСУМАБ В ДОЗЕ 60 МГ ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) подкожно
б) внутримышечно
в) внутривенно
г) перорально
Ответ: а

1691. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ ВСЛЕДСТВИЕ
а) приёма глюкокортикоидов
б) тиреотоксикоза
в) гипогонадизма

г) акромегалии
Ответ: а

1692. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА ЯВЛЯЕТСЯ
а) аминобисфосфонатом
б) моноклональным антителом к RANKL
в) активным фрагментом человеческого ПТГ
г) аналогом витамина D3
Ответ: а

1693. ТЕРИПАРАТИД ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) подкожно
б) внутримышечно
в) внутривенно
г) перорально
Ответ: а

1694. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
а) усиление катаболизма белка
б) торможение катаболизма белка
в) повышение всасывания кальция в кишечнике
г) повышение секреции СТГ
Ответ: а

1695. ДОЗИРОВКА ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЫ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 3
б) 5
в) 70
г) 1
Ответ: а

1696. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) акласта
б) эксджива
в) блазтера
г) зомета
Ответ: а

1697. МИНИМАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ОКАЗЫВАЮТ _____ ФОРМЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ
а) ингаляционные
б) пероральные
в) внутримышечные
г) внутривенные
Ответ: а

1698. ДЛИТЕЛЬНАЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ КОРТИЗОЛА ПРИВОДИТ К
а) остеопорозу
б) артериальной гипотензии
в) гипогликемии

г) брадикардии
Ответ: а

1699. К ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ _____ ОСТЕОПОРОЗ
а) постменопаузальный
б) ятрогенный
в) стероидный
г) тиреогенный
Ответ: а

1700. ДОЗИРОВКА ПЕРОРАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 150
б) 75
в) 30
г) 5
Ответ: а

1701. ГРИППОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ – ХАРАКТЕРНЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ
а) золедроновой кислоты
б) деносумаба
в) терипаратида
г) стронция ранелата
Ответ: а

1702. РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, 150 МГ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
а) месяц
б) 3 месяца
в) неделю
г) 6 месяцев
Ответ: а

1703. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, 70 МГ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
а) 7 дней
б) день
в) месяц
г) 6 месяцев
Ответ: а

1704. СТАНДАРТНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
а) двухэнергетическая рентгеновская денситометрия
б) ультразвуковая денситометрия
в) рентгенография кистей
г) рентгенография позвоночника
Ответ: а

1705. СОЧЕТАНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) гиперкортицизма
б) гипотиреоза
в) тиреотоксикоза
г) метаболического синдрома
Ответ: а

1706. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
а) наличие остеопороза
б) карцинома околощитовидной железы
в) повышение уровня кальция крови более чем на 0,25 ммоль/л от верхней границы нормы
г) наличие сахарного диабета
Ответ: а

1707. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА ПРИНИМАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ ЗА ____ МИНУТ ДО ПРИЕМА ПИЩИ
а) 40
б) 5
в) 10
г) 20
Ответ: а

1708. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ 5 МГ/100 МЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)
а) 24
б) 12
в) 6
г) 9
Ответ: а

1709. КЛЕТКА КОСТНОЙ ТКАНИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ СИНТЕЗ КОМПОНЕНТОВ КОСТНОГО МАТРИКСА, КОЛЛАГЕНА И НЕКОЛЛАГЕНОВЫХ БЕЛКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
а) остеобласт
б) остеокласт
в) остеоцит
г) остеон
Ответ: а

1710. АКЛАСТА ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ
а) снижении скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/минуту
б) гиперкальциемии
в) печеночной недостаточности
г) первичном гиперпаратиреозе
Ответ: а

1711. ДОЗИРОВКА АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 70
б) 30
в) 60
г) 120

Ответ: а

1712. АКЛАСТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) внутривенно
б) внутримышечно
в) подкожно
г) перорально
Ответ: а

1713. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛИА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)
а) 6
б) 3
в) 9
г) 12
Ответ: а

1714. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ БОНВИВЫ ЯВЛЯЕТСЯ КИСЛОТА
а) ибандроновая
б) золедроновая
в) памидроновая
г) алендроновая
Ответ: а

1715. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА, 70 МГ ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) перорально
б) подкожно
в) внутривенно
г) внутримышечно
Ответ: а

1716. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ
а) гипокальциемии
б) гиперкальциемии
в) печеночной недостаточности
г) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
Ответ: а

1717. ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА НА 20% И БОЛЕЕ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) компрессионный перелом
б) спондилез
в) гемангиома
г) спондилолистез
Ответ: а

1718. У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) паратгормона
б) эстрадиола
в) гастрина
г) кальцитонина
Ответ: а

1719. ПОВОДОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПОЗВОНОЧНИКА С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) снижение роста тела более чем на 4 см в сравнении с 25-летним возрастом
б) возраст старше 50 лет
в) наступление менопаузы
г) длительное курение (более 10 лет)

Ответ: а

1720. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТЕРИПАРАТИДА НАПРАВЛЕН НА

а) повышение продолжительности жизни остеобластов
б) снижение активности остеокластов
в) снижение образования остеокластов
г) снижение активности остеобластов

Ответ: а

1721. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ

а) возраст старше 65 лет
б) низкую физическую активность
в) курение
г) дефицит витамина D

Ответ: а

1722. В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕРВИЧНОГО ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

а) прекращение овариальной функции в менопаузе
б) снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
в) снижение овариальной функции в течение жизни
г) нарушение функции гомеостаза кальция

Ответ: а

1723. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ МАРКЕРЫ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ КОНТРОЛИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

а) 3
б) 1
в) 6
г) 12

Ответ: а

1724. ВЫЯВЛЕНИЕ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛА ПОЗВОНКА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

а) медикаментозного лечения остеопороза
б) использования физиотерапевтического лечения
в) назначения глюкокортикоидной терапии
г) динамического наблюдения за уровнем паратгормона

Ответ: а

1725. Т-КРИТЕРИЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРИ

а) постменопаузальном остеопорозе
б) ювенильном остеопорозе
в) недоборе пика костной массы

г) миеломной болезни
Ответ: а

1726. СНИЖЕНИЕ МПК В ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДО -2.7SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ
а) остеопорозу
б) остеопении
в) норме
г) тяжелому остеопорозу
Ответ: а

1727. СНИЖЕНИЕ МПК В ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДО -1.3SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ
а) остеопении
б) остеопорозу
в) норме
г) тяжелому остеопорозу
Ответ: а

1728. ОЦЕНКА СТАТУСА ВИТАМИНА D ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ
а) кальцидиола (25(OH)D)
б) кальцитриола (1,25(OH)2D)
в) 24,25 дигидроксивитамина D3 (24,25(OH)D)
г) ионизированного кальция
Ответ: а

1729. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ
а) предшествующие переломы
б) низкую физическую активность
в) низкий ИМТ (менее 20 кг/м^2)
г) низкое потребление кальция
Ответ: а

1730. ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ ПОКАЗАНО ЖЕНЩИНАМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ ПРИ
а) наличии переломов в анамнезе
б) отсутствии переломов в анамнезе
в) наличии нормальной массы тела
г) наличии заместительной гормональной терапии эстрогенами
Ответ: а

1731. СНИЖЕНИЕ МПК В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ДО -2.9SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ
а) остеопорозу
б) остеопении
в) норме
г) тяжелому остеопорозу
Ответ: а

1732. ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА НА 60% И БОЛЕЕ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) компрессионный перелом
б) остеохондроз
в) межпозвонковая грыжа
г) спондилез
Ответ: а

1733. ОСТЕОПОРОЗ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ Т-КРИТЕРИЙ В ШЕЙКЕ БЕДРА
а) -2,5 SD и ниже
б) от -1,0 до -2,5 SD
в) -1,0 SD и выше
г) -2,5 SD и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов
Ответ: а

1734. ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
а) повышение активности щелочной фосфатазы
б) снижение активности щелочной фосфатазы
в) гипокальциемия
г) гипергликемия
Ответ: а

1735. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ
а) вторичного остеопороза
б) сахарного диабета 2 типа
в) остеопетроза
г) фосфопенической остеомаляции
Ответ: а

1736. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОМАЛЯЦИЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ
а) 25-гидроксикальциферола
б) кальцитонина
в) гастрина и гормона роста
г) эстрадиола и гонадотропинов
Ответ: а

1737. С-КОНЦЕВОЙ ТЕЛОПЕПТИД КОЛЛАГЕНА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ
а) костной резорбции
б) костеобразования
в) эктопической кальцификации
г) гиперкальциурии
Ответ: а

1738. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ
а) вторичного остеопороза
б) остеомаляции
в) остеопетроза
г) первичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1739. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) низкотравматичный перелом
б) высокотравматичный перелом
в) замедление линейного роста
г) прогрессирующее нарушение равновесия

Ответ: а

1740. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ

а) постменопауза
б) сахарный диабет
в) синдром гиперкортицизма
г) синдром мальабсорбции

Ответ: а

1741. ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ ОСТЕДЕНСИТОМЕТРИИ ПОКАЗАНО ЖЕНЩИНАМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ ПРИ

а) прекращении заместительной гормональной терапии эстрогенами
б) наличии заместительной гормональной терапии эстрогенами
в) наличии нормальной массы тела
г) отсутствии переломов в анамнезе

Ответ: а

1742. ДЛЯ ОЦЕНКИ 10-ЛЕТНЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

а) алгоритм FRAX
б) рентгеновская денситометрия бедра
в) боковая рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника
г) рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника

Ответ: а

1743. В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕНИЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) адекватное потребление кальция и витамина D в сочетании с увеличением двигательной активности
б) прием препаратов кальция с момента становления менопаузы
в) прием препаратов витамина D
г) диета с высоким содержанием белка и кальция

Ответ: а

1744. ОСТЕОМАЛЯЦИЯ – ЭТО СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ

а) нарушением минерализации вновь образованного костного матрикса у взрослых
б) снижением прочности кости и повышением риска переломов
в) деформирующей остеодистрофией
г) диффузным уплотнением и ломкостью костей скелета

Ответ: а

1745. ВОЗНИКНОВЕНИЕ НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА – ДОСТАТОЧНОЕ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

а) остеопороза
б) первичного гиперпаратиреоза
в) вторичного гиперпаратиреоза

г) пахидермопериостоза
Ответ: а

1746. ПОКАЗАНИЕМ К ИССЛЕДОВАНИЮ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гиперпаратиреоз
б) гипопаратиреоз
в) масса тела менее 130 кг
г) акромегалия
Ответ: а

1747. Z-КРИТЕРИЙ – ПОКАЗАТЕЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ, ОТРАЖАЮЩИЙ
а) стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя МПК у здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста
б) стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя от пика костной массы молодых женщин в возрасте 20-29 лет
в) количество минерализованной ткани при сканировании костей
г) оценку количества минерализованной костной ткани в сканируемой площади
Ответ: а

1748. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
а) снижение высоты тел позвонков
б) понижение прозрачности костной ткани
в) повышенное отложение солей кальция в суставные хрящи
г) гиперостоз костей черепа
Ответ: а

1749. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОВСКОЙ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ 1 РАЗ В
а) 12 месяцев
б) 3 месяца
в) 6 месяцев
г) 2 года
Ответ: а

1750. ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА НА 40% И БОЛЕЕ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) компрессионный перелом
б) спондилез
в) межпозвонковая грыжа
г) спондилолистез
Ответ: а

1751. КОСТНЫЙ МИНЕРАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ – ПОКАЗАТЕЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ, ОТРАЖАЮЩИЙ
а) количество минерализованной ткани при сканировании костей
б) стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя от пика костной массы молодых женщин в возрасте 20-29 лет
в) стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя МПК у здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста

г) количество минерализованной костной ткани в сканируемой площади
Ответ: а

1752. ТИРЕОТОКСИКОЗ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ
а) вторичного остеопороза
б) первичного гиперпаратиреоза
в) третичного гиперпаратиреоза
г) остеомаляции
Ответ: а

1753. КОСТНОСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА ОТНОСИТСЯ К МАРКЕРАМ
а) костеобразования
б) костной резорбции
в) фосфорного обмена
г) вторичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1754. К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ СТЕРОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ
а) множественные компрессионные переломы тел позвонков
б) перелом бедра и луча в типичном месте
в) поражение костей таза
г) переломы трубчатых костей
Ответ: а

1755. В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО
а) снижение минерализации скелета
б) повышение минерализации скелета
в) повышение синтеза половых гормонов
г) усиление всасывания кальция в кишечнике
Ответ: а

1756. ОБЛАСТИ СКЕЛЕТА, В КОТОРЫХ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ ИЗМЕРЕНИЕ МПК МЕТОДОМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ - ЭТО
а) поясничный отдел позвоночника и проксимальные отделы бедра
б) шейный отдел позвоночника и дистальные отделы бедра
в) пальцы рук и ног
г) кости черепа
Ответ: а

1757. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРИ ОСТЕОПЕНИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ РЕШЕНИЕ ЗАДАЧИ
а) диагностики переломов
б) количественного определения снижения плотности кости
в) оценки уровня метаболизма в костной ткани
г) оценки атрофии костной ткани
Ответ: а

1758. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ
а) грудной и поясничный отделы позвоночника
б) кости таза

в) ребра
г) пальцы рук и ног
Ответ: а

1759. ДЛЯ МИНИМИЗАЦИИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ _____ ФОРМЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ
а) ингаляционные
б) внутривенные
в) внутримышечные
г) пероральные
Ответ: а

1760. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОСТЕОКАЛЬЦИНА НАБЛЮДАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С
а) эндогенным гиперкортицизмом
б) акромегалией
в) тиреотоксикозом
г) гиперпролактинемией
Ответ: а

1761. ТРАБЕКУЛЯРНЫЙ КОСТНЫЙ ИНДЕКС – ПОКАЗАТЕЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ, ОТРАЖАЮЩИЙ
а) пиксельные отклонения по шкале градаций серого на денситометрических изображениях поясничного отдела позвоночника
б) количество минерализованной ткани при сканировании костей
в) оценку количества минерализованной костной ткани в сканируемой площади
г) стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя МПК у здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста
Ответ: а

1762. ФАКТОРОМ РИСКА ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
а) предшествующих низкотравматических переломов
б) спондилеза грудного и поясничного отделов позвоночника
в) молодого возраста
г) индекса массы тела более 25 кг/м^2
Ответ: а

1763. РИСК РАЗВИТИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ
а) гипогонадизме
б) врожденной дисфункции коры надпочечников
в) первичном гипотиреозе
г) хроническом гастрите
Ответ: а

1764. Т-КРИТЕРИЙ – ПОКАЗАТЕЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ, ОТРАЖАЮЩИЙ
а) стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя от пика костной массы молодых женщин в возрасте 20-29 лет
б) количество минерализованной ткани при сканировании костей
в) оценку количества минерализованной костной ткани в сканируемой площади
г) стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя МПК у здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста
Ответ: а

1765. СНИЖЕНИЕ МПК В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ДО -1.1SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ

а) остеопении
б) остеопорозу
в) норме
г) тяжелому остеопорозу

Ответ: а

1766. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D ПРИВОДИТ К

а) остеомаляции
б) гиперкальциемии
в) развитию почечной недостаточности
г) первичному гиперпаратиреозу

Ответ: а

1767. ПРИ МОРФОМЕТРИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ПЕРЕЛОМУ 1 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ В ПРЕДЕЛАХ _____ ПРОЦЕНТОВ

а) 20
б) 10-15
в) 5-10
г) 30-40

Ответ: а

1768. УСИЛЕНИЕ КАТАБОЛИЗМА БЕЛКА – ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ

а) эндогенном гиперкортицизме
б) гиперпролактинемии
в) сахарном диабете
г) первичном гиперпаратиреозе

Ответ: а

1769. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РАДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА, НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ КОНЦЕНТРАЦИЮ

а) щелочной фосфатазы
б) кальция суточной мочи
в) фосфора суточной мочи
г) кальция разовой мочи

Ответ: а

1770. ПОВЫШЕНИЕ РИСКА ТРОМБОЗОВ) ХАРАКТЕРНЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

а) стронция ранелата
б) золедроновой кислоты
в) деносумаба
г) терипаратида

Ответ: а

1771. СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СКЕЛЕТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ НАРУШЕНИЕМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ИЛИ ДЕФЕКТНОЙ МИНЕРАЛИЗАЦИЕЙ ВНОВЬ ОБРАЗОВАННОГО КОСТНОГО МАТРИКСА У ВЗРОСЛЫХ, НАЗЫВАЕТСЯ

а) остеомаляция
б) постменопаузальный остеопороз

в) ювенильный остеопороз
г) болезнь Педжета
Ответ: а

1772. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ СУТОЧНОЙ МОЧИ СНИЖЕН ПРИ
а) вторичном гиперпаратиреозе
б) костных метастазах
в) первичном гиперпаратиреозе
г) миеломной болезни
Ответ: а

1773. Т-КРИТЕРИЙ, РАВНЫЙ ИЛИ ПРЕВЫШАЮЩИЙ 1.0 SD ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ, СООТВЕТСТВУЕТ
а) нормальной костной плотности
б) остеопении
в) остеопорозу
г) тяжелому остеопорозу
Ответ: а

1774. ОСТЕОПОРОЗ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИИ
а) кортизола
б) тестостерона
в) ДГЭА-сульфата
г) альдостерона
Ответ: а

1775. ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ
а) концентрации кальция и фосфора крови находятся в пределах референсного диапазона
б) концентрация кальция в крови повышена, а фосфора снижена
в) концентрация кальция в крови в пределах нормы, а фосфора повышена
г) концентрация кальция и фосфора в крови снижена
Ответ: а

1776. ПРИ МОРФОМЕТРИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ПЕРЕЛОМУ 2 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ В ПРЕДЕЛАХ _____ ПРОЦЕНТОВ
а) 20-40
б) 10-15
в) 20-25
г) 30-40
Ответ: а

1777. ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ВОЗМОЖНА, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТКИ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ Т-КРИТЕРИЯ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА МЕНЕЕ
а) 2.5SD
б) 0.5SD
в) 1.0SD
г) 1.5SD
Ответ: а

1778. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА И МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ИССЛЕДУЕТСЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ

а) белка Бенс-Джонса в моче
б) паратгормона в крови
в) кальция в крови
г) кальция в суточной моче
Ответ: а

1779. НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ
а) остеопороза
б) первичного гипотиреоза
в) гиперпролактинемии
г) болезни Меньера
Ответ: а

1780. К ЖИРОРАСТВОРИМЫМ ОТНОСИТСЯ ВИТАМИН
а) D
б) B12
в) B6
г) C
Ответ: а

1781. ПРЯМОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЖЕЛЕЗА НА КОСТНУЮ ТКАНЬ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИ
а) гемохроматозе
б) болезни Жильбера
в) сахарном диабете
г) остеопетрозе
Ответ: а

1782. ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА, БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ
а) белок Бенс-Джонса в моче и М-протеин в крови
б) снижение уровня кальция в крови
в) снижение уровня общей щелочной фосфатазы
г) повышение уровня паратгормона
Ответ: а

1783. ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
а) гиперпаратиреозе
б) постменопаузальном остеопорозе
в) глюкокортикоидном остеопорозе
г) остеомаляции
Ответ: а

1784. ОБЛАСТЬ ВАРДА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ
а) для установления диагноза не используется
б) оценивается при диагностике постменопаузального остеопороза
в) оценивается при диагностике остеомаляции
г) оценивается при диагностике первичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1785. НАЛИЧИЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ ПРИ
а) остеопорозе
б) сахарном диабете 2 типа
в) несахарном диабете
г) гиперпролактинемии
Ответ: а

1786. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ
а) остеопороза
б) остеопетроза
в) болезни Педжета
г) болезни Ларона
Ответ: а

1787. ПРИ МОРФОМЕТРИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ПЕРЕЛОМУ 3 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ В ПРЕДЕЛАХ ___ ПРОЦЕНТОВ
а) более 40
б) 20-15
в) 10-20
г) 30-40
Ответ: а

1788. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСИТСЯ
а) семейный анамнез остеопороза
б) курение
в) дефицит витамина D
г) злоупотребление алкоголем
Ответ: а

1789. ОБЛАСТЬ БОЛЬШОГО ВЕРТЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ
а) для установления диагноза не используется
б) оценивается при диагностике постменопаузального остеопороза
в) оценивается при диагностике глюкокортикоидного остеопороза
г) оценивается при диагностике первичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1790. СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА ПО ДАННЫМ МОРФОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ПРЕДЕЛАХ 26-40% СООТВЕТСТВУЕТ КОМПРЕССИОННОМУ ПЕРЕЛОМУ _____ СТЕПЕНИ
а) 2
б) 1
в) 3
г) 4
Ответ: а

1791. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА – ПРИМЕНЕНИЕ
а) азотосодержащих бисфосфонатов
б) активных метаболитов витамина D
в) кальцимиметиков
г) аналогов паратгормона

Ответ: а

1792. ПОСТОЯНСТВО МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
а) балансом процессов костного разрушения и костеобразования
б) преобладанием процессов костеобразования
в) преобладанием процессов костного разрушения
г) преобладанием активности остеокластов
Ответ: а

1793. ПРИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗАХ ОТМЕЧАЕТСЯ
а) повышение уровня общей щелочной фосфатазы и маркеров костного обмена
б) снижение уровня общей щелочной фосфатазы и маркеров костного обмена
в) нормальный уровень общей щелочной фосфатазы и маркеров костного обмена
г) снижение уровня общей щелочной фосфатазы и повышение уровней маркеров костного обмена
Ответ: а

1794. ОЦЕНКУ ДИНАМИКИ МПК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ВОЗМОЖНО ПРОВОДИТЬ ПРИ ПОМОЩИ
а) рентгеновской денситометрии
б) алгоритма FRAX
в) рентгенографии позвоночника в прямой проекции
г) рентгенографии позвоночника в боковой проекции
Ответ: а

1795. ОЦЕНКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МПК У ЖЕНЩИН ДО НАСТУПЛЕНИЯ МЕНОПАУЗЫ И У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 50 ЛЕТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ ПО
а) Z-критерию
б) Т-критерию
в) костному минеральному компоненту
г) трабекулярному костному индексу
Ответ: а

1796. СНИЖЕНИЕ МПК В ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДО -2.8SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ
а) остеопорозу
б) норме
в) остеопении
г) недобору пика костной массы
Ответ: а

1797. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСИТСЯ
а) злоупотребление алкоголем
б) анамнез переломов
в) ранняя менопауза
г) семейный анамнез остеопороза
Ответ: а

1798. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСИТСЯ
а) низкая физическая активность
б) длительная иммобилизация
в) ранняя менопауза

г) семейный анамнез остеопороза
Ответ: а

1799. ПОТЕРЯ СЛУХА – ОСЛОЖНЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ КОСТИ
а) височной
б) затылочной
в) теменной
г) лобной
Ответ: а

1800. СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА ПО ДАННЫМ МОРФОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НА 40% И БОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ КОМПРЕССИОННОМУ ПЕРЕЛОМУ _____ СТЕПЕНИ
а) 3
б) 1
в) 2
г) 4
Ответ: а

1801. ОЦЕНКА МПК В ОБЛАСТИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
а) невозможности измерения МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости
б) дефиците массы тела
в) гипопаратиреозе
г) остеомаляции
Ответ: а

1802. ОСТЕОПОРОЗ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ
а) болезни Иценко-Кушинга
б) болезни Жильбера
в) феохромоцитомы
г) гипотиреоза
Ответ: а

1803. РАЗВИТИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ СНИЖЕНИЯ МПК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) глюкокортикоидного остеопороза
б) постменопаузального остеопороза
в) сенильного остеопороза
u) тиреотоксикоза
Ответ: а

ПРИ БОЛЕЗНИ 1804. ПЕДЖЕТА ОТМЕЧАЕТСЯ
а) повышение активности щелочной фосфатазы
б) снижение активности щелочной фосфатазы
в) повышение уровня паратгормона и кальция
г) снижение уровня паратгормона и кальция
Ответ: а

1805. К ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМ ОТНОСЯТСЯ
а) компрессионные переломы позвонков

б) переломы пальцев рук
в) переломы пальцев ног
г) переломы черепа
Ответ: а

1806. ПЕРВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
а) рентгенография подозрительных участков скелета
б) рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника
в) рентгеновская денситометрия бедренной кости
г) ультразвуковая денситометрия
Ответ: а

1807. ОСТЕОБЛАСТ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЕТКОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ
а) синтез компонентов костного матрикса и коллагена
б) резорбцию компонентов костного матрикса и синтез коллагена
в) резорбцию компонентов костного матрикса и коллагена
г) синтез компонентов костного матрикса и резорбцию коллагена
Ответ: а

1808. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕРЕНИЯ МПК В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА И В ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ, ВОЗМОЖНА ОЦЕНКА МПК
а) лучевой кости
б) локтевой кости
в) большеберцовой кости
г) грудного отдела позвоночника
Ответ: а

1809. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСИТСЯ
а) длительная иммобилизация
б) низкая физическая активность
в) дефицит витамина D
г) ИМТ менее 20 кг/м2
Ответ: а

1810. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
а) стандартную рентгенографию
б) рентгеновскую денситометрию
в) ультразвуковую денситометрию
г) остеосцинтиграфию
Ответ: а

1811. В РАСЧЁТ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ПО АЛГОРИТМУ FRAX ВХОДИТ ЗНАЧЕНИЕ
а) Т-критерия шейки бедра
б) Т-критерия поясничного отдела позвоночника
в) Т-критерия лучевой кости
г) Z-критерия шейки бедра
Ответ: а

1812. СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА ПО ДАННЫМ МОРФОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ПРЕДЕЛАХ 20-25% СООТВЕТСТВУЕТ КОМПРЕССИОННОМУ ПЕРЕЛОМУ _____ СТЕПЕНИ

а) 1
б) 2
в) 3
г) 4 с

Ответ: а

1813. ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ПРИЁМЕ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ

а) глюкокортикоидов
б) бета-адреноблокаторов
в) агонистов дофаминовых рецепторов
г) аналогов соматостатина

Ответ: а

1814. БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ

а) очагов повышенной резорбции в костях
б) диффузного повышения резорбции в костях скелета
в) остеобластом позвоночника
г) гемангиом поясничного отдела позвоночника

Ответ: а

1815. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСИТСЯ

а) ранняя менопауза
б) низкое потребление кальция
в) курение
г) низкая физическая активность

Ответ: а

1816. ДИАГНОСТИКА КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ ПРОВОДИТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ

а) боковой рентгенографии позвоночника
б) рентгеновской денситометрии
в) ультразвуковой денситометрии
г) рентгенографии позвоночника в прямой проекции

Ответ: а

1817. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ОЦЕНИВАЮТСЯ ПО Z-КРИТЕРИЮ У

а) женщин до наступления менопаузы и у мужчин моложе 50 лет
б) женщин в постменопаузе и у мужчин старше 50 лет
в) у женщин и мужчин старше 50 лет
г) у мужчин и женщин возрастом до 40 лет

Ответ: а

1818. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОМАЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) гистоморфометрическое исследование
б) рентгеновская денситометрия
в) сцинтиграфия скелета

г) ультразвуковая денситометрия
Ответ: а

1819. СЦИНТИГРАФИЯ СКЕЛЕТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ
а) болезни Педжета
б) постменопаузального остеопороза
в) сенильного остеопороза
г) ювенильного остеопороза
Ответ: а

1820. ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ГРУДЬЮ ЖЕНЩИН НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/СУТКИ)
а) 1000-1300
б) 500-700
в) 200-400
г) 450-850
Ответ: а

1821. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гипокальциемия
б) гиперкальциемия
в) гиперурикемия
г) гипокальциурия
Ответ: а

1822. БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОЛУЧАТЬ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕ ВИТАМИНА D В СУТКИ
а) 800-1200
б) 700-900
в) 600-800
г) 400-600
Ответ: а

1823. ДЛЯ ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ ИЛИ СТАРШЕ 50 ЛЕТ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/СУТКИ)
а) 1000-1200
б) 500-700
в) 200-400
г) 450-850
Ответ: а

1824. СИНТЕЗ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОГО D-ГОРМОНА, 1,25-ДИГИДРОКСИВИТАМИНА D [1,25(OH)2D] ПРОИСХОДИТ В
а) почках
б) печени
в) коже
г) костях
Ответ: а

1825. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТЕРИПАРАТИДА ЯВЛЯЕТСЯ
а) гиперкальциемия

б) гипокальциемия
в) гиперурикемия
г) гипокальциурия
Ответ: а

1826. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D (ПРИ УРОВНЕ 25(OH)D МЕНЕЕ 20 НГ/МЛ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ МЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ 8 НЕДЕЛЬ ВНУТРЬ
а) 7000
б) 10000
в) 15000
г) 50000
Ответ: а

1827. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ
а) прием препаратов, нарушающих метаболизм витамина D
б) псевдогипопаратиреоз
в) выраженная гипокальциемия
г) терминальная хроническая почечная недостаточность
Ответ: а

1828. НАБОР МАССЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ДОСТИГАЕТ МАКСИМУМА К _____ ГОДАМ
а) 20-30
б) 30-40
в) 40-50
г) 50-60
Ответ: а

1829. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ
а) возраст старше 65 лет
б) гипопаратиреоз
в) псевдогипопаратиреоз
г) выраженная гипокальциемия
Ответ: а

1830. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ
а) высокий риск падений у пожилых пациентов
б) выраженная гипокальциемия
в) терминальная хроническая почечная недостаточность
г) гипопаратиреоз
Ответ: а

1831. МАКСИМАЛЬНО РАЗРЕШЕННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ТЕРИПАРАТИДОМ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)
а) 24
б) 12
в) 6
г) 36

Ответ: а

1832. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

а) стронций ранелат
б) терипаратид
в) золедроновую кислоту
г) деносумаб

Ответ: а

1833. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D (ПРИ УРОВНЕ 25(OH)D МЕНЕЕ 20 НГ/МЛ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ МЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА ЕЖЕМЕСЯЧНО В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ ВНУТРЬ

а) 200000
б) 150000
в) 50000
г) 10000

Ответ: а

1834. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ

а) псевдогипопаратиреоз
б) хроническая болезнь почек с СКФ менее 60 мл/минуту
в) возраст старше 65 лет
г) прием препаратов, нарушающих метаболизм витамина D

Ответ: а

1835. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ

а) хроническая болезнь почек с СКФ менее 60 мл/минуту
б) терминальная хроническая почечная недостаточность
в) гипопаратиреоз
г) псевдогипопаратиреоз

Ответ: а

1836. ВНУТРИВЕННО КАПЕЛЬНО 1 РАЗ В ГОД ВВОДИТСЯ _____ КИСЛОТА

а) золедроновая
б) ибандроновая
в) алендроновая
г) ризедроновая

Ответ: а

1837. НЕПРЕРЫВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАБЛЕТИРОВАННЫМИ БИСФОСФОНАТАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (В ГОДАХ)

а) 5
б) 1
в) 3
г) 10

Ответ: а

1838. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D (ПРИ УРОВНЕ 25(OH)D 20-29 НГ/МЛ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ МЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ 4 НЕДЕЛЬ ВНУТРЬ

а) 7000
б) 10000
в) 15000
г) 50000

Ответ: а

1839. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ

а) гипопаратиреоз
б) возраст старше 65 лет
в) высокий риск падений у пожилых пациентов
г) прием препаратов, нарушающих метаболизм витамина D

Ответ: а

1840. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕНОСУМАБА ЯВЛЯЕТСЯ

а) гипокальциемия
б) гиперкальциемия
в) гиперурикемия
г) гипокальциурия

Ответ: а

1841. ВНУТРИВЕННО СТРУЙНО 1 РАЗ В 3 МЕСЯЦА ВВОДИТСЯ _____ КИСЛОТА

а) ибандроновая
б) золедроновая
в) алендроновая
г) ризедроновая

Ответ: а

1842. В ВОЗРАСТЕ ОТ 16 И ДО 50 ЛЕТ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/СУТКИ)

а) 1000
б) 700
в) 500
г) 400

Ответ: а

1843. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТОКСИЧНОСТИ ВИТАМИНА D ОТНОСЯТ

а) гиперкальциемию
б) гипокальциемию
в) гипокальциурию
г) повышение уровня ПТГ

Ответ: а

1844. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МЕНЕЕ

а) 30 мл/мин/1.73м²
б) 60 мл/мин/1.73м²
в) 45 мл/мин/1.73м²

г) 20 мл/мин/1.73м²
Ответ: а

1845. КЛАСС ПРЕПАРАТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ СОБОЙ АНАЛОГИ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ПИРОФОСФАТОВ
а) бисфосфонаты
б) антитела к лиганду RANKL
в) аналоги паратиреоидного гормона
г) аналоги витамина D3
Ответ: а

1846. ОПРЕДЕЛЕНИЕ 25(OH)D ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НАТИВНОГО ВИТАМИНА D В ЛЕЧЕБНЫХ ДОЗАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ, КАК МИНИМУМ, ___ С МОМЕНТА ПОСЛЕДНЕГО ПРИЕМА ПРЕПАРАТА
а) 3 дня
б) 1 день
в) 2 дня
г) 12 часов
Ответ: а

1847. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ТЕРАПИИ ДЕНОСУМАБОМ РЕКОМЕНДОВАНО
а) дальнейшее лечение антирезорбтивными препаратами в течение 1-2 лет
б) временно отменить терапию с последующим динамическим наблюдением
в) дальнейшее лечение антирезорбтивными препаратами в течение 6 месяцев
г) дальнейшее лечение антирезорбтивными препаратами в течение 3 лет
Ответ: а

1848. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D (ПРИ УРОВНЕ 25(OH)D 20-29 НГ/МЛ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ МЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА ОДНОКРАТНО
а) 150000-200000
б) 7000
в) 10000
г) 15000
Ответ: а

1849. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D (ПРИ УРОВНЕ 25(OH)D 20-29 НГ/МЛ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ МЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА ЕЖЕНЕДЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ 4 НЕДЕЛЬ ВНУТРЬ
а) 50000
б) 7000
в) 10000
г) 15000
Ответ: а

1850. ПЕРВИЧНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ – ЭТО ОСТЕОПОРОЗ, КОТОРЫЙ РАЗВИВАЕТСЯ КАК
а) самостоятельное заболевание
б) следствие сопутствующей соматической патологии
в) следствие приема лекарственных средств
г) следствие психических заболеваний
Ответ: а

1851. ПРЕПАРАТЫ ДАННОЙ ГРУППЫ НАКАПЛИВАЮТСЯ В КОСТНОЙ ТКАНИ И ОКАЗЫВАЮТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ В ТОМ ЧИСЛЕ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ

а) бисфосфонаты
б) антитела к лиганду RANKL
в) аналоги паратиреоидного гормона
г) аналоги витамина D3

Ответ: а

1852. У ЖЕНЩИН ТЕМПЫ СНИЖЕНИЯ МПК ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫШЕ, ЧЕМ У МУЖЧИН, ЧТО ОБУСЛОВЛЕНО ДЕФИЦИТОМ _____ В ПЕРИОД ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ

а) эстрогенов
б) глюкокортикостероидов
в) минералокортикоидов
г) андрогенов

Ответ: а

1853. ТЕРИПАРАТИД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА В ДОЗЕ (В МКГ/СУТКИ)

а) 20
б) 10
в) 30
г) 50

Ответ: а

1854. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТОКСИЧНОСТИ ВИТАМИНА D ОТНОСЯТ

а) кальцифилаксию
б) гипокальциемию
в) гипокальциурию
г) повышение уровня ПТГ

Ответ: а

1855. ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ 18-50 ЛЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОЛУЧАТЬ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕ ВИТАМИНА D В СУТКИ

а) 600-800
б) 500-600
в) 400-600
г) 100-200

Ответ: а

1856. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ВИТАМИНА D ОТНОСЯТ

а) нефрокальциноз
б) гипокальциемию
в) гипокальциурию
г) повышение уровня ПТГ

Ответ: а

1857. ПРИ НАЛИЧИИ БОЛЕЙ В СПИНЕ, СНИЖЕНИИ РОСТА НА 4 СМ ЗА ЖИЗНЬ ИЛИ НА 2 СМ ПРИ РЕГУЛЯРНОМ МЕДИЦИНСКОМ КОНТРОЛЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

а) рентгенографии поясничного отдела позвоночника в боковой проекции
б) рентгенографии поясничного отдела позвоночника в прямой проекции

в) рентгенографии грудного отдела позвоночника в прямой проекции
г) сцинтиграфии скелета
Ответ: а

1858. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ
а) выраженная гипокальциемия
б) хроническая болезнь почек с СКФ менее 60 мл/минуту
в) возраст старше 65 лет
г) высокий риск падений у пожилых пациентов
Ответ: а

1859. К ГРУППЕ АНАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ
а) терипаратид
б) деносумаб
в) золедроновая кислота
г) стронция ранелат
Ответ: а

1860. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ВИТАМИНА D ЯВЛЯЕТСЯ
а) гипокальциемия
б) хроническая болезнь почек с СКФ менее 60 мл/минуту
в) возраст старше 65 лет
г) высокий риск падений у пожилых пациентов
Ответ: а

1861. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФОРСТЕО СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)
а) 24
б) 12
в) 6
г) 3
Ответ: а

1862. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D (ПРИ УРОВНЕ 25(OH)D МЕНЕЕ 20 НГ/МЛ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ МЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА ЕЖЕНЕДЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ 8 НЕДЕЛЬ ВНУТРЬ
а) 50000
б) 40000
в) 20000
г) 10000
Ответ: а

1863. ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПИКА ДО _____ ЛЕТ КОСТНАЯ МАССА ОСТАЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ НЕИЗМЕННОЙ, ПОСЛЕ ЧЕГО НАЧИНАЕТ ПОСТЕПЕННО УМЕНЬШАТЬСЯ
а) 35-40
б) 40-45
в) 45-50
г) 50-55
Ответ: а

1864. ЛИЦАМ СТАРШЕ 50 ЛЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОЛУЧАТЬ НЕ МЕНЕЕ _____ МЕ ВИТАМИНА D В СУТКИ

а) 800-1000
б) 700-900
в) 600-800
г) 400-600

Ответ: а

1865. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D (ПРИ УРОВНЕ 25(OH)D МЕНЕЕ 20 НГ/МЛ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ МЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА ЕЖЕМЕСЯЧНО В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ВНУТРЬ

а) 150000
б) 200000
в) 50000
г) 10000

Ответ: а

1866. ПРЕВРАЩЕНИЕ ВИТАМИНА D В 25-ГИДРОКСИВИТАМИН D [25(OH)D], ТАКЖЕ ИЗВЕСТНЫЙ КАК КАЛЬЦИДИОЛ, ПРОИСХОДИТ В

а) печени
б) почках
в) коже
г) костях

Ответ: а

1867. РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ ОЦЕНКУ СТАТУСА ВИТАМИНА D ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ _____ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

а) 25(OH)D
б) 1,25(OH)2D
в) кальция
г) ПТГ

Ответ: а

1868. ФОРСТЕО ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

а) гиперкальциемии
б) гипокальциемии
в) печеночной недостаточности
г) болезни Грейвса

Ответ: а

1869. ПРИ ОТСУТСТВИИ НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ, РЕШЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИНИМАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

а) 10-летней вероятности развития низкотравматического перелома
б) лабораторных исследований
в) повышенной прозрачности костей скелета на стандартных рентгенограммах
г) ультразвуковой денситометрии

Ответ: а

1870. У ПОЛУЧАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 40 ЛЕТ БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ОСТЕОПОРОТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ОЦЕНКА МПК ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

а) 1-3 года
б) 5 лет
в) 3 месяца
г) 6 месяцев

Ответ: а

1871. КРИТЕРИЕМ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) развитие 2 и более низкотравматических перелома за время лечения
б) достижение МПК до -2,0 Т-критерий в шейке бедра
в) достижение МПК до -2,0 Т-критерий в поясничных позвонках
г) отсутствие новых переломов

Ответ: а

1872. ПРИ НИЗКОМ РИСКЕ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ТЕРАПИЯ

а) препаратами кальция и витамина D в сочетании с изменением образа жизни
б) деносумабом
в) внутривенными бисфосфонатами
г) пероральными бисфосфонатами

Ответ: а

1873. ЕДИНСТВЕННЫМ АНТИРЕЗОРБТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПОКАЗАВШИМ ЛУЧШУЮ ПРИБАВКУ МПК В КОМБИНАЦИИ С ТЕРИПАРАТИДОМ ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕРИПАРАТИДОМ В МОНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) деносумаб
б) алендронат
в) ризедронат
г) золедронат

Ответ: а

1874. ВСЕ ПАЦИЕНТЫ С ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНЫ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕ ПОЗДНЕЕ ____ ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР

а) 4
б) 5
в) 6
г) 8

Ответ: а

1875. ЭФФЕКТ ОТМЕНЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕКРАЩЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ

а) деносумабом
б) золедроновой кислотой
в) ибандроновой кислотой
г) ризедроновой кислотой

Ответ: а

1876. ВСЕ ПАЦИЕНТЫ С ПЕРЕЛОМОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПЕРИРОВАНЫ В ТЕЧЕНИЕ ___ ЧАСОВ

а) 48
б) 72
в) 96
г) 120
Ответ: а

1877. МАКСИМАЛЬНАЯ ИЗУЧЕННАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ ТЕРАПИИ БИСФОСФОНАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)
а) 10
б) 13
в) 15
г) 20
Ответ: а

1878. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) терипаратид
б) деносумаб
в) ралоксифен
г) стронция ранелат
Ответ: а

1879. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С НИЗКОТРАВМАТИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ БЕДРА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ____ ЧАСОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ АКТИВИЗАЦИЕЙ ПАЦИЕНТА
а) 48
б) 72
в) 96
г) 120
Ответ: а

1880. ПРАКТИЧЕСКИМ СПЕЦИАЛИСТАМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТРОНЦИЙ РАНЕЛАТ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ВВИДУ ВЫСОКОГО РИСКА ___ И ТРОМБОЭМБОЛИИ
а) сердечно-сосудистых осложнений
б) онкологической патологии
в) патологии органов ЖКТ
г) снижения почечной функции
Ответ: а

1881. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОРСТЕО СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
а) день
б) неделю
в) месяц
г) 6 месяцев
Ответ: а

1882. КРИТЕРИЕМ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
а) потеря МПК 4% в бедре и 5% в позвонках за два последовательных измерения
б) достижение МПК до -1,0 Т-критерий в поясничных позвонках

в) достижение МПК до -2,0 Т-критерий в поясничных позвонках
г) отсутствие новых переломов
Ответ: а

1883. К ПРЕПАРАТАМ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСИТСЯ
а) бонвива
б) фосамакс
в) актонель
г) акласта
Ответ: а

1884. ВОЗРАСТНАЯ ГРАНИЦА У ПРИНИМАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПАЦИЕНТОВ, ПРИ ДОСТИЖЕНИИ КОТОРОЙ АБСОЛЮТНЫЙ РИСК ПЕРЕЛОМОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ FRAX, СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)
а) 40
б) 18
в) 25
г) 30
Ответ: а

1885. ПРИ НАЧАЛЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ОЦЕНКУ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ (В МЕСЯЦАХ)
а) 6
б) 9
в) 12
г) 24
Ответ: а

1886. ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА КАЛЬЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ, СОСТАВЛЯЕТ (В МГ В СУТКИ)
а) 1000-1200
б) 1300-2000
в) 500-700
г) 200-400
Ответ: а

1887. К СЕЛЕКТИВНЫМ АКТИВАТОРАМ РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D ОТНОСИТСЯ
а) парикальцитол
б) эргокальциферол
в) альфакальцидол
г) колекальциферол
Ответ: а

1888. К СРЕДСТВАМ АНАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ
а) терипаратид
б) эстрогены
в) кальцитонин лосося
г) деносумаб
Ответ: а

1889. К ПРЕПАРАТАМ-АНАЛОГАМ ПАРАТГОРМОНА ОТНОСИТСЯ
а) форстео
б) бонвива
в) акласта
г) пролиа
Ответ: а

1890. ВВИДУ ОСОБЕННОСТЕЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ СРАВНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЕНОСУМАБ ДОПОЛНИТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ЛИЦАМ С БОЛЬШЕЙ ПОТЕРЕЙ МПК В _____ КОСТИ (ШЕЙКА БЕДРА, ЛУЧЕВАЯ КОСТЬ)
а) кортикальной
б) трабекулярной
в) губчатой
г) органической
Ответ: а

1891. СХЕМА ПРИЕМА ТЕРИПАРАТИДА («ФОРСТЕО»)
а) 20 мкг, подкожно, с помощью ручки-инжектора ежедневно
б) 10 мг, внутримышечно, 2 раза в неделю
в) 40 мг внутривенно 1 раз в 6 месяцев
г) 80 мг, внутривенно 1 раз в 12 месяцев
Ответ: а

1892. МАКСИМАЛЬНО РАЗРЕШЕННАЯ ТЕРАПИЯ ТЕРИПАРАТИДОМ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)
а) 24
б) 36
в) 48
г) 72
Ответ: а

1893. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ
а) деносумаба
б) ралоксифена
в) стронция ранелата
г) только препаратов кальция и витамина D
Ответ: а

1894. К АНТИРЕЗОБТИВНЫМ СРЕДСТВАМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ
а) деносумаб
б) стронция ранелат
в) альфакальцидол
г) терипаратид
Ответ: а

1895. ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА ДЕНОСУМАБ (ПРОЛИА) НАПРАВЛЕНО НА
а) ограничение образования и активности остеокластов
б) ограничение образования и активности остеобластов
в) повышение образование и активности остеобластов

г) укрепление кристаллической решетки гидроксиаппатита вместо атомов кальция
Ответ: а

1896. ФОРСТЕО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
а) активный фрагмент эндогенного человеческого паратгормона
б) антитело к RANKL
в) аминобисфосфонат
г) аналог витамина D3
Ответ: а

1897. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕНОСУМАБОМ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)
а) 10
б) 13
в) 15
г) 20
Ответ: а

1898. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 40 ЛЕТ С ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПОСЛЕ ГОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫМИ БИСФОСФОНАТАМИ ОТМЕЧЕНО СНИЖЕНИЕ МПК БОЛЕЕ ЧЕМ НА 5%, НЕОБХОДИМО
а) заменить на препарат другого класса или на внутривенные бисфосфонаты
б) продолжить лечение пероральными бисфосфонатами
в) прекратить медикаментозное лечение остеопороза
г) отменить пероральные бисфосфонаты и продолжить лечение препаратами кальция и витамина D
Ответ: а

1899. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
а) снижение частоты новых переломов костей
б) быстрое заживление вновь образующихся переломов
в) снижение уровней общего и ионизированного кальция в крови
г) нормализация уровня паратгормона в крови
Ответ: а

1900. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 40 ЛЕТ С ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРОИЗОШЛО ДВА ПЕРЕЛОМА БОЛЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ 18 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫМИ БИСФОСФОНАТАМИ, НЕОБХОДИМО
а) заменить на препарат другого класса или на внутривенные бисфосфонаты
б) продолжить лечение пероральными бисфосфонатами
в) прекратить медикаментозное лечение остеопороза
г) отменить пероральные бисфосфонаты и продолжить лечение препаратами кальция и витамина D
Ответ: а

1901. ДЕЙСТВИЕ ТЕРИПАРАТИДА НАПРАВЛЕНО НА
а) усиление образования и функциональной активности остеобластов
б) снижение активности остеокластов
в) снижение чувствительности к действию остеокластов
г) укрепление кристаллической решетки гидроксиаппатита вместо атомов кальция
Ответ: а

1902. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ БИСФОСФОНАТОВ ОТНОСЯТ

а) снижение скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин
б) гиперкальциемию
в) повышение уровня паратгормона
г) наличие сахарного диабета

Ответ: а

1903. ДОЗИРОВКА ФОРСТЕО СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)

а) 20
б) 10
в) 5
г) 60

Ответ: а

1904. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а) компенсация дефицита витамина D
б) нормализация артериального давления
в) ограничение физической активности
г) ограничение приема молочных продуктов

Ответ: а

1905. К КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТАМ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И ВИТАМИНА D ОТНОСИТСЯ

а) фосаванс
б) фосамакс
в) фороза
г) теванат

Ответ: а

1906. РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОДОЛЖАТЬ НЕПРЕРЫВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА ТАБЛЕТИРОВАННЫМИ БИСФОСФОНАТАМИ ___ ЛЕТ

а) 5
б) 7
в) 9
г) 10

Ответ: а

1907. АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ВИТАМИНА D ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

а) у пациентов с патологией почек
б) для профилактики дефицита витамина D
в) при монотерапии установленного остеопороза
г) для профилактики первичного остеопороза

Ответ: а

1908. ПРЕПАРАТ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА, НАЗЫВАЕТСЯ

а) форстео
б) фемостон
в) форсига

г) флоринеф
Ответ: а

1909. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТЕОПОРОЗА СЧИТАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА, ЛУЧЕВОЙ КОСТИ И ПЕРЕЛОМЫ
а) тел позвонков
б) таза
в) ребер
г) грудины
Ответ: а

1910. К НАТИВНЫМ ФОРМАМ ВИТАМИНА D ОТНОСИТСЯ
а) колекальциферол
б) кальцитриол
в) альфакальцидол
г) парикальцитол
Ответ: а

1911. ПО СХЕМЕ «3 МГ ВНУТРИВЕННО БОЛЮСНО 1 РАЗ В 3 МЕСЯЦА» ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) ибандроновая кислота
б) терипаратид
в) алендроновая кислота
г) деносумаб
Ответ: а

1912. СНИЖЕНИЕ МПК ДО ____ Т-КРИТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТРАДИЦИОННЫМ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ НАЧАЛА ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА, И ЭТОТ ПОКАЗАТЕЛЬ СОХРАНЯЕТСЯ ДЛЯ ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ БФ ИЛИ НАЧАЛА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ
а) -2,5
б) -2,0
в) -1,5
г) -1,0
Ответ: а

1913. НАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ВИТАМИНА D ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
а) для лечения и профилактики дефицита витамина D
б) у пациентов с заболеваниями почек
в) у пациентов с патологией печени
г) при лечении первичного и вторичного остеопороза
Ответ: а

1914. ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ ДЕФИЦИТЕ ВИТАМИНА D РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЕГО ЛЕЧЕНИЕ ТОЛЬКО ПРЕПАРАТОМ
а) колекальциферола
б) эргокальциферола
в) альфакальцидола
г) кальцитриола
Ответ: а

1915. К АКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТАМ ВИТАМИНА D ОТНОСИТСЯ

а) альфакальцидол
б) колекальциферол
в) эргокальциферол
г) парикальцитол
Ответ: а

1916. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ СТАРШЕ 40 ЛЕТ С ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРЕКРАЩАЕТ ПОЛУЧАТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ, ОТМЕНА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ВОЗМОЖНА ПРИ УСЛОВИИ
а) достижения низкого риска переломов
б) адекватного потребления кальция и витамина D
в) отсутствия переломов
г) повышения МПК более чем на 10% от исходного за год лечения
Ответ: а

1917. ПО СХЕМЕ «5 МГ ВНУТРИВЕННО КАПЕЛЬНО 1 РАЗ В 12 МЕСЯЦЕВ» ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) акласта
б) форстео
в) пролиа
г) фороза
Ответ: а

1918. ПРАКТИЧЕСКИМ СПЕЦИАЛИСТАМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТРОНЦИЙ РАНЕЛАТ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ВВИДУ ВЫСОКОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И
а) тромбоэмболии
б) онкологической патологии
в) патологии органов ЖКТ
г) снижения почечной функции
Ответ: а

1919. К АНТИРЕЗОБТИВНЫМ СРЕДСТВАМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ
а) бисфосфонаты
б) этелкальцетид
в) кальцитриол
г) терипаратид
Ответ: а

1920. ДИНАМИЧЕСКАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОРАЖЕННЫХ УЧАСТКОВ СКЕЛЕТА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)
а) 12
б) 3
в) 1
г) 6
Ответ: а

1921. ЕСЛИ ПАЦИЕНТУ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕДЖЕТА ПОКАЗАНА ОСТЕОТОМИЯ ПО ПОВОДУ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ЛЕЧЕНИЕ БИСФОСФОНАТАМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ
а) до оперативного лечения

б) сразу после оперативного лечения
в) через месяц после оперативного лечения
г) через 6 месяцев после оперативного лечения
Ответ: а

1922. ПРИ СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МЕНЕЕ 30 МЛ/МИН ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
а) форозы
б) альфа Д3-Тева
в) вигантола
г) аквадетрима
Ответ: а

1923. ДОЗИРОВКА ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 5
б) 3
в) 4
г) 10
Ответ: а

1924. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА, ПРИМЕНЯЕМОМ В РЕЖИМЕ 1 РАЗ В 12 МЕСЯЦЕВ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) золедроновая кислота, 5 мг
б) деносумаб, 60 мг
в) терипаратид, 20 мкг
г) алендроновая кислота, 70 мг
Ответ: а

1925. БОНВИВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
а) постменопаузального остеопороза
б) третичного гиперпаратиреоза
в) гиперфосфатемии
г) первичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1926. ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ – ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ
а) золедроновой кислоты
б) терипаратида
в) альфакальцидола
г) колекальциферола
Ответ: а

1927. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, 5 МГ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
а) 12 месяцев
б) 3 месяца
в) 1 месяц
г) неделю
Ответ: а

1928. ПРИМЕНЕНИЕ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПОКАЗАНО ПРИ

а) постменопаузальном остеопорозе
б) остеомаляции
в) вторичном гиперпаратиреозе
г) ювенильном остеопорозе
Ответ: а

1929. ФОРОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
а) постменопаузального остеопороза
б) гипокальциемии
в) первичного гиперпаратиреоза
г) вторичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1930. ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ – ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ
а) терипаратида
б) деносумаба
в) золедроновой кислоты
г) алендроновой кислоты
Ответ: а

1931. ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗОКЛАСТИНА ПОКАЗАНО ПРИ
а) гиперкальциемии, индуцированной злокачественными опухолями
б) первичном гиперпаратиреозе
в) вторичном гиперпаратиреозе
г) остеомаляции
Ответ: а

1932. ОСТЕРЕПАР ПОКАЗАН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
а) постменопаузального остеопороза
б) первичного гиперпаратиреоза
в) дефицита витамина D
г) вторичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1933. К АНАЛОГАМ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ПИРОФОСФАТОВ ОТНОСИТСЯ
а) золедроновая кислота
б) терипаратид
в) деносумаб
г) стронция ранелат
Ответ: а

1934. ПРИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
а) деносумаба
б) альфакальцидола
в) колекальциферола
г) парикальцитола
Ответ: а

1935. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСИТСЯ
а) снижение СКФ менее 35 мл/мин
б) печеночная недостаточность

в) первичный гиперпаратиреоз
г) гиперкальциемия
Ответ: а

1936. ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ
а) терипаратидом
б) золедроновой кислотой
в) алендроновой кислотой
г) ибандроновой кислотой
Ответ: а

1937. РЕЗОКЛАСТИН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ
а) снижении СКФ менее 30 мл/мин
б) печеночной недостаточности
в) гиперкальциемии
г) дефиците витамина D
Ответ: а

1938. В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА _____ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫСОКАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ
а) шейки бедра
б) лучевой кости
в) локтевой кости
г) позвонка
Ответ: а

1939. ТЕВАНАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ
а) беременности
б) первичном гиперпаратиреозе
в) вторичном гиперпаратиреозе
г) гипокальциурии
Ответ: а

1940. ДОЗИРОВКА ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 5
б) 50
в) 3
г) 1
Ответ: а

1941. СНИЖЕНИЕ МПК В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ДО -3.1SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ
а) остеопорозу
б) остеопении
в) норме
г) недобору пика костной массы
Ответ: а

1942. ФОСАВАНС ОТНОСИТСЯ К КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТАМ ВИТАМИНА D И _____ КИСЛОТЫ
а) алендроновой

б) золедроновой
в) ибандроновой
г) ризедроновой
Ответ: а

1943. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
а) 12 месяцев
б) день
в) 3 месяца
г) 6 месяцев
Ответ: а

1944. ДОЗИРОВКА АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ ___ МГ 1 РАЗ В
а) 70; неделю
б) 120; месяц
в) 5; 12 месяцев
г) 3; 3 месяца
Ответ: а

1945. ПРИМЕНЕНИЕ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ
а) неспособности пациента стоять или сидеть прямо в течение по меньшей мере 30 минут
б) гиперкальциемии
в) гиперфосфатемии
г) болезни Педжета
Ответ: а

1946. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА, ПРИМЕНЯЕМОМ В ЕЖЕДНЕВНОМ РЕЖИМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) форстео
б) пролиа
в) акласта
г) резорба
Ответ: а

1947. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕНИЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В
а) 12 месяцев
б) 3 месяца
в) день
г) неделю
Ответ: а

1948. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗОКЛАСТИНА ОТНОСИТСЯ
а) беременность
б) дефицит витамина D
в) недостаточность витамина D
г) первичный гиперпаратиреоз
Ответ: а

1949. ОТРЕЗНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ 25(OH)D ПРИ ОСТЕОМАЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В НГ/МЛ)

а) 30
б) 10
в) 20
г) 15

Ответ: а

1950. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПЕДЖЕТА РАЗВИВАЕТСЯ ПАРАПЛЕГИЯ, СВЯЗАННАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА, БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО СТРУКТУРНОГО ПОРАЖЕНИЯ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

а) медикаментозное лечение внутривенными бисфосфонатами
б) немедленное хирургическое лечение
в) плановое хирургическое лечение
г) динамическое наблюдение

Ответ: а

1951. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАТЬ ПРЕПАРАТЫ ВИТАМИНА

а) D
б) A
в) E
г) K

Ответ: а

1952. ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ КОНТРОЛЬ

а) маркеров костного ремоделирования
б) рентгеновской денситометрии
в) рентгенографии позвоночника
г) показателя риска переломов по FRAX

Ответ: а

1953. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, 70 МГ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

а) неделю
б) месяц
в) 3 месяца
г) 12 месяцев

Ответ: а

1954. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

а) бисфосфонаты
б) антитела к лиганду рецептора активатора ядерного фактора kB
в) аналоги паратгормона
г) активные метаболиты витамина D

Ответ: а

1955. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕВАНАТА ПОКАЗАНО ПРИ

а) постменопаузальном остеопорозе
б) первичном гиперпаратиреозе
в) гипокальциемии

г) дефиците витамина D
Ответ: а

1956. ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗОКЛАСТИНА ПОКАЗАНО ПРИ
а) остеопорозе у мужчин
б) вторичном гиперпаратиреозе
в) дефиците витамина D
г) остеомаляции
Ответ: а

1957. ТЕВАНАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ
а) гипокальциемии
б) гиперкальциемии
в) печеночной недостаточности
г) хроническом холецистите
Ответ: а

1958. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМАЛЯЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) альфакальцидол
б) золедроновая кислота
в) алендроновая кислота
г) деносумаб
Ответ: а

1959. ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПОДКОЖНО ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) пролиа
б) теванат
в) фосаванс
г) альфа Д3-Тева
Ответ: а

1960. ДОЗИРОВКА АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 70
б) 140
в) 60
г) 5
Ответ: а

1961. НАКАПЛИВАЕТСЯ В КОСТНОЙ ТКАНИ И ОКАЗЫВАЕТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ И ПОСЛЕ ОТМЕНЫ
а) золедроновая кислота
б) деносумаб
в) терипаратид
г) альфакальцидол
Ответ: а

1962. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
а) золедроновая кислота
б) деносумаб
в) терипаратид
г) асфотаза альфа
Ответ: а

1963. СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В СВЯЗИ С ПОВЫШЕНИЕМ РИСКА

а) инфарктов
б) гиперкальциемии
в) гипокальциемии
г) переломов

Ответ: а

1964. ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ВНУТРИВЕННО ПРИМЕНЯЕТСЯ

а) золедроновая кислота
б) деносумаб
в) алендроновая кислота
г) терипаратид

Ответ: а

1965. ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ, ВОЗМОЖНА, ЕСЛИ РИСК ПЕРЕЛОМОВ

а) низкий
б) средний
в) высокий
г) очень высокий

Ответ: а

1966. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТА РИЗЕНДРОС ЯВЛЯЕТСЯ _____ КИСЛОТА

а) ризедроновая
б) золедроновая
в) ибандроновая
г) алендроновая

Ответ: а

1967. СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ОСТЕОКЛАСТОВ) МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

а) бисфосфонатов
б) аналогов паратгормона
в) активных метаболитов витамина D
г) нативных препаратов витамина D

Ответ: а

1968. ПРИМЕНЕНИЕ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПОКАЗАНО ПРИ

а) вторичном остеопорозе
б) первичном гиперпаратиреозе
в) дефиците витамина D
г) остеомаляции

Ответ: а

1969. ПО СХЕМЕ «20 МКГ ПОДКОЖНО 1 РАЗ В ДЕНЬ» ПРИМЕНЯЕТСЯ

а) форстео
б) пролиа
в) акласта

г) зомета
Ответ: а

1970. ФОСАМАКС ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ
а) гипокальциемии
б) гиперкальциемии
в) первичном гиперпаратиреозе
г) болезни Педжета
Ответ: а

1971. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СКФ МЕНЕЕ 30 МЛ/МИН, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
а) деносумаб
б) золедроновую кислоту
в) стронция ранелат
г) ибандроновую кислоту
Ответ: а

1972. НОРМОЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ У МУЖЧИН С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ОСТЕОПОРОЗА ИЛИ РИСКОМ ЕГО РАЗВИТИЯ СУТОЧНАЯ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)
а) 1000-1200
б) 200-400
в) 500-800
г) 300-600
Ответ: а

1973. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТА
а) биносто
б) бонвива
в) акласта
г) пролиа
Ответ: а

1974. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
а) болезни Педжета
б) вторичного гиперпаратиреоза
в) остеомаляции
г) третичного гиперпаратиреоза
Ответ: а

1975. РИЗЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА – ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ПРЕПАРАТА
а) ризендрос
б) остерепар
в) бонвива
г) эксджива
Ответ: а

1976. К ВТОРИЧНЫМ ФОРМАМ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ
а) глюкокортикоидный

б) постменопаузальный
в) ювенильный
г) идиопатический
Ответ: а

1977. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТА
а) фосамакс
б) форстео
в) пролиа
г) альфа Д3-Тева
Ответ: а

1978. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У МУЖЧИН НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ
а) наличии перелома бедра или позвонка без серьезной травмы
б) снижении Т-критерия в треугольнике Варда менее 2.5SD
в) дефиците витамина D
г) недостаточности витамина D
Ответ: а

1979. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕСПОСОБЕН СТОЯТЬ ИЛИ СИДЕТЬ ПРЯМО ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ 30 МИНУТ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА, ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
а) фосамакса
б) пролиа
в) терипаратида
г) акласты
Ответ: а

1980. ДОСТАТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА D – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИКИ
а) остеопороза
б) первичного гиперпаратиреоза
в) мочекаменной болезни
г) болезни Педжета
Ответ: а

1981. ПРИ НАЛИЧИИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТЕОПОРОЗОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
а) терипаратид
б) золедроновую кислоту
в) ибандроновую кислоту
г) деносумаб
Ответ: а

1982. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) ортостатическую гипотензию
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1983. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) депрессию
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1984. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) эпилепсию
б) плохое питание
в) дефицит витамина D
г) стрессовое недержание мочи
Ответ: а

1985. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДНЕВНЫЕ НОРМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ВИТАМИНА D В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ СОСТАВЛЯЮТ (В МЕ/СУТКИ)
а) 800-1000
б) 600-800
в) 400-600
г) 200-400
Ответ: а

1986. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) тревогу и возбуждение
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1987. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) саркопению
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1988. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) аритмии
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1989. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) падение в анамнезе
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1990. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) старческий возраст

б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1991. К ФАКТОРАМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПАДЕНИЙ, ОТНОСЯТ
а) отсутствие помощи при ходьбе
б) энцефалопатию
в) старческий возраст
г) плохое зрение
Ответ: а

1992. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДНЕВНАЯ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ ВИТАМИНА D В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ/СУТКИ)
а) 800-1000
б) 500-800
в) 200-600
г) 1200-2000
Ответ: а

1993. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) стрессовое недержание мочи
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1994. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) плохое питание
б) отсутствие помощи при ходьбе
в) протянутые провода
г) скользкий пол
Ответ: а

1995. К ФАКТОРАМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПАДЕНИЙ, ОТНОСЯТ
а) скользкий пол
б) болезнь Паркинсона
в) плохое зрение
г) саркопению
Ответ: а

1996. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) головокружения
б) падения в анамнезе
в) плохое питание
г) дефицит витамина D
Ответ: а

1997. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) болезнь Паркинсона

б) плохое зрение
в) аритмию
г) плохое питание
Ответ: а

1998. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) перенесенный инсульт
б) плохое зрение
в) саркопению
г) тревогу и возбуждение
Ответ: а

1999. К ФАКТОРАМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПАДЕНИЙ, ОТНОСЯТ
а) половики и другие препятствия на полу
б) снижение чувствительности ног
в) старческий возраст
г) плохое зрение
Ответ: а

2000. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ
а) дефицит витамина D
б) плохое освещение
в) отсутствие помощи при ходьбе
г) скользкий пол
Ответ: а

2001. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА (ПОВЫШЕНИЕ МПК) У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПЕНИЕЙ В РЕЖИМЕ _____ ИНФУЗИИ 5 МГ НА 2 ГОДА ТЕРАПИИ
а) 1
б) 2
в) 3
г) 4
Ответ: а

2002. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА (ПОВЫШЕНИЕ МПК) У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПЕНИЕЙ В РЕЖИМЕ 1 ИНФУЗИИ 5 МГ НА __ ГОД/ГОДА ТЕРАПИИ
а) 2
б) 1
в) 3
г) 4
Ответ: а

2003. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДАЛЬНЕЙШИХ ПЕРЕЛОМОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОК С ПЕРЕЛОМОМ В АНАМНЕЗЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ
а) умеренные силовые тренировки
б) физические упражнения с осевыми нагрузками
в) ограничения физической активности
г) скоростно-силовые физические нагрузки
Ответ: а

2004. К ФАКТОРАМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПАДЕНИЙ, ОТНОСЯТ

а) плохое освещение
б) эпилепсию
в) плохое питание
г) дефицит витамина D

Ответ: а

2005. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА (ПОВЫШЕНИЕ МПК) У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПЕНИЕЙ В РЕЖИМЕ 1 ИНФУЗИИ _____ МГ НА 2 ГОДА ТЕРАПИИ

а) 5
б) 4
в) 10
г) 15

Ответ: а

2006. К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

а) плохое зрение
б) плохое освещение
в) протянутые провода
г) скользкий пол

Ответ: а

2007. К ФАКТОРАМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПАДЕНИЙ, ОТНОСЯТ

а) протянутые провода
б) головокружения
в) падения в анамнезе
г) нарушения баланса

Ответ: а

2008. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

а) нарушение баланса
б) старческий возраст
в) падения в анамнезе
г) плохое питание

Ответ: а

2009. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

а) снижение чувствительности ног
б) старческий возраст
в) плохое зрение
г) саркопению

Ответ: а

2010. КРОМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПОПАРАТИРЕОЗА, ДРУГИМИ КОМПОНЕНТАМИ «КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ» АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ

а) хроническая надпочечниковая недостаточность и слизисто-кожный кандидоз
б) хроническая надпочечниковая недостаточность и сахарный диабет 1 типа

в) хронический гипогонадотропный гипогонадизм и слизисто-кожный кандидоз
г) вторичная надпочечниковая недостаточность и сахарный диабет 1 типа
Ответ: а

2011. К ПРИЗНАКАМ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ОТНОСЯТ
а) удлинение интервала Q-T
б) укорочение интервала Q-T
в) изменение Т-зубца
г) брадикардию и экстрасистолию
Ответ: а

2012. НАСЛЕДСТВЕННУЮ ФОРМУ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ
а) множественном поражении околощитовидных желез
б) сопутствующем первичном злокачественном поражении легких
в) наличии родственника со вторичным гиперпаратиреозом
г) отсутствии визуализации околощитовидных желез при УЗИ
Ответ: а

2013. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ ШЕИ РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
а) кальция общего, альбумина, паратиреоидного гормона
б) фосфора, магния и паратиреоидного гормона
в) магния, калия, фосфора и тиреотропного гормона
г) тиреотропного гормона, мочевины, креатинина
Ответ: а

2014. В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОК С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ В СВЯЗИ С
а) изменением потребности в препаратах кальция и витамина D
б) повышением потребности в левотироксине натрия
в) развитием «синдрома голодных костей» и гиперфосфатемии
г) развитием мальабсорбции и почечной недостаточности
Ответ: а

2015. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМПЕНСИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ
а) кальций общий, альбумин, фосфор, креатинин
б) магний, фосфор, мочевую кислоту, мочевину
в) паратиреоидный гормон, фосфор, креатинин
г) паратиреоидный гормон, магний, креатинин
Ответ: а

2016. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВНЫМ МАРКЕРОМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА СЛУЖИТ
а) гиперкальциемия
б) гиперкальциурия
в) гиперфосфатемия
г) гиперфосфатурия
Ответ: а

2017. ПРИ НАЛИЧИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У ПАЦИЕНТА С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

а) компьютерной томографии головного мозга
б) рентгенографии головного мозга
в) УЗДГ сонных артерий
г) электроэнцефалографии

Ответ: а

2018. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

а) инвазивный рост в мягкие ткани
б) размер образования более 3,5 см
в) внутриопухолевая сосудистая инвазия
г) интенсивное свечение при сцинтиграфии

Ответ: а

2019. ДЛЯ ОЦЕНКИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ РЕНТГЕНОВСКУЮ ДЕНСИТОМЕТРИЮ

а) поясничного отдела позвоночника, бедренной кости
б) шейного отдела позвоночника, пяточной кости
в) костей таза, черепа
г) грудного отдела позвоночника

Ответ: а

2020. В НОРМЕ ПРИ СНИЖЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СЕКРЕЦИЯ

а) паратгормона
б) тиреолиберина
в) кальцитонина
г) соматолиберина

Ответ: а

2021. В РОЛИ МАРКЕРА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ВЫСТУПАЕТ

а) гиперкальциемия
б) гиперфосфатемия
в) гипернатриемия
г) гипокальциемия

Ответ: а

2022. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) кальция общего, альбумина, фосфора, магния, креатинина
б) кальция общего, альбумина и тиреотропного гормона
в) паратиреоидного гормона, фосфора, магния, креатинина
г) паратиреоидного гормона, фосфора, альбумина, креатинина

Ответ: а

2023. СРЕДИ ВРОЖДЕННЫХ ПРИЧИН ГИПОПАРАТИРЕОЗА ВЫДЕЛЯЮТ

а) синдром ДиДжорджи
б) болезнь Уилсона
в) онкогенную остеомаляцию
г) синдром Штейна-Левенталя

Ответ: а

2024. В 80-85% СЛУЧАЕВ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ОБУСЛОВЛЕН _____ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

а) аденомой
б) гиперплазией
в) гипоплазией
г) карциномой

Ответ: а

2025. К ОСНОВНЫМ РЕГУЛЯТОРАМ ФОСФОРНОГО ОБМЕНА ОТНОСЯТ

а) паратгормон, витамин D, кальцитонин
б) эстрогены
в) ТТГ
г) прогестерон

Ответ: а

2026. К РЕДКОМУ КАРДИАЛЬНОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ОТНОСЯТ

а) желудочковую аритмию
б) подъем сегмента ST
в) стеноз митрального клапана
г) стеноз аортального клапана

Ответ: а

2027. МАТЕРИНСКАЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ ЧАСТО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ _____ У НОВОРОЖДЕННЫХ

а) гипокальциемии
б) гипофосфатемии
в) гиперкальциемии
г) гипернатриемии

Ответ: а

2028. К ПРЕПАРАТАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЮ, ОТНОСЯТ

а) бисфосфонаты
б) ингибиторы АПФ
в) блокаторы кальциевых каналов
г) антибиотики

Ответ: а

2029. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ _____ В КРОВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАДИКАЛЬНОСТИ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

а) паратгормона
б) кальция общего
в) кальция ионизированного
г) фосфора

Ответ: а

2030. ПРОДУКЦИЯ ПАРАТГОРМОНА НАЧИНАЕТСЯ НА ____ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ

а) 8
б) 12
в) 4
г) 10

Ответ: а

2031. ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ ВСЛЕДСТВИЕ
а) пониженного почечного клиренса фосфатов
б) повышенного почечного клиренса фосфатов
в) нарушения белкового состава крови
г) нарушения всасывания фосфора в кишечнике
Ответ: а

2032. СПОРАДИЧЕСКИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ВОЗНИКАЕТ В _____ % СЛУЧАЕВ
а) 90-95
б) 45-50
в) 10-15
г) 20-25
Ответ: а

2033. НИЖНИЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЮТ ОБЩЕЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ С
а) тимусом
б) глоточной миндалиной
в) щитовидной железой
г) язычной миндалиной
Ответ: а

2034. ПАРАТГОРМОН-НЕЗАВИСИМАЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
а) тиреотоксикозе
б) первичном гиперпаратиреозе
в) первичном гиперальдостеронизме
г) некомпенсированном гипотиреозе
Ответ: а

2035. ГЛАВНЫМИ ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ДЛЯ ПАРАТГОРМОНА СЛУЖАТ
а) кости
б) мышцы
в) связки
г) суставы
Ответ: а

2036. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ, ГИПОФОСФАТЕМИИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОСТЕОПОРОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гиперпаратиреоз
б) остеопороз костей таза
в) фиброзная дисплазия
г) болезнь Педжета
Ответ: а

2037. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТ
а) низкий рост, округлое лицо, ожирение
б) высокий рост, кахексию, округлое лицо
в) высокий рост, подкожные кальцификации
г) кахексию, подкожные кальцификации

Ответ: а

2038. ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ МИНЕРАЛЬНО-КОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛУЖИТ

а) гиперфосфатемия
б) гиперкальциемия
в) гипофосфатемия
г) гипернатриемия

Ответ: а

2039. В РОЛИ ОСНОВНЫХ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ДЛЯ ПАРАТГОРМОНА ВЫСТУПАЮТ

а) почки
б) легкие
в) надпочечники
г) сосуды

Ответ: а

2040. У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ СИМПТОМЫ

а) Хвостека и Труссо
б) Грефе и Дальримпля
в) Пастернацкого и Вейса
г) Штельвага и Труссо

Ответ: а

2041. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ АДИНАМИЧЕСКОЙ КОСТНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) сахарный диабет
б) возраст менее 30 лет
в) курение
г) гипертоническая болезнь

Ответ: а

2042. УЗИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ НЕОБХОДИМО ПОВТОРЯТЬ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ

а) 12
б) 16
в) 3
г) 18

Ответ: а

2043. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

а) наличие метастазов
б) кистозная трансформация
в) наличие кальцинатов
г) увеличение шейных лимфоузлов

Ответ: а

2044. ОКОЛОЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ СЕКРЕТИРУЮТ В КРОВЬ

а) паратгормон
б) кальцитриол

в) тиреоглобулин
г) прокальцитонин
Ответ: а

2045. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ГИПОМАГНИЕМИИ ОТНОСЯТ
а) длительную рвоту или диарею
б) кишечную непроходимость
в) шок, сепсис
г) ожоги
Ответ: а

2046. В НОРМЕ ПРИ ПОВЫШЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СЕКРЕЦИЯ
а) кальцитонина
б) паратгормона
в) тиреолиберина
г) тиреотропина
Ответ: а

2047. К РЕДКОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТ ТАКОЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК
а) гемохроматоз
б) саркоидоз
в) панкреатит
г) ВИЧ-инфекция
Ответ: а

2048. ДИАГНОЗ АПС 1 ТИПА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КАК МИНИМУМ _____ КОМПОНЕНТОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ
а) двух из трех «основных»
б) двух-трех из «малых»
в) одного из трех «основных»
г) пяти-шести из «малых»
Ответ: а

2049. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ (В ММОЛЬ/Л)
а) 2,1-2,3
б) 2,3-2,55
в) 1,8-2,1
г) 2,55-2,7
Ответ: а

2050. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОПАРАТИРЕОЗА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ _____ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
а) спустя 6 месяцев
б) спустя 3 месяца
в) через 1 месяц
г) через 3 года
Ответ: а

2051. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ

а) кальция
б) паратгормона
в) кальцитонина
г) кальцитриола

Ответ: а

2052. ОСНОВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЛУЖИТ

а) гипокальциемия
б) гиперкальциемия
в) гиперкалиемия
г) гипофосфатемия

Ответ: а

2053. СИМПТОМ ТРУССО - ЭТО

а) сокращение мышц кисти
б) сокращение лицевых мышц
в) неполное смыкание век
г) выстояние глазного яблока

Ответ: а

2054. ЭСТРОГЕНЫ РЕГУЛИРУЮТ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ

а) взаимодействуя с остеобластами
б) активизируя функцию остеокластов
в) взаимодействуя с остеоцитами
г) взаимодействуя с кортикальной костной тканью

Ответ: а

2055. СИМПТОМ ХВОСТЕКА - ЭТО

а) сокращение лицевых мышц
б) сокращение мышц кисти
в) неполное смыкание век
г) выстояние глазного яблока

Ответ: а

2056. В НОРМЕ ПРИ ПОВЫШЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ УМЕНЬШАЕТСЯ СЕКРЕЦИЯ

а) паратгормона
б) кальцитонина
в) тиреолиберина
г) соматостатина

Ответ: а

2057. ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

а) резистентности к ПТГ
б) отсутствия ПТГ
в) резистентности к ТТГ
г) отсутствия ТТГ

Ответ: а

2058. ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИЮ, НЕОБХОДИМ ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ _____ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 3 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

а) кальция
б) магния
в) натрия
г) холестерина

Ответ: а

2059. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРОБА С

а) гипотиазидом
б) фуросемидом
в) спиронолактоном
г) триамтереном

Ответ: а

2060. КОНЦЕНТРАЦИЮ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ СЛЕДУЕТ КОРРЕКТИРОВАТЬ НА УРОВЕНЬ

а) альбумина
б) общего белка
в) креатинина
г) фосфора

Ответ: а

2061. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КАЛЬЦИФИЛАКСИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ _____ ДИАЛИЗАТ

а) низкокальциевый
б) высококальциевый
в) нормокальциевый
г) безкальциевый

Ответ: а

2062. СНИЖЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕНЕЕ -2,5 СТАНДАРТНЫХ ОТКЛОНЕНИЙ В L1-L4 ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О НАЛИЧИИ

а) остеопороза
б) остеопении
в) адинамической костной болезни
г) нормальной минерализации

Ответ: а

2063. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНФУЗИИ 10% РАСТВОРА ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) снижение уровня кальция общего менее 1,8 ммоль/л, положительные симптомы Хвостека и Труссо
б) снижение уровня кальция общего менее 2,55 ммоль/л, положительные симптомы Хвостека и Труссо
в) снижение уровня кальция общего менее 2,3 ммоль/л, отрицательные симптомы Хвостека и Труссо
г) повышение уровня кальция общего более 2,55 ммоль/л, отрицательные симптомы Хвостека и Труссо

Ответ: а

2064. У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА, НАЗНАЧЕНИЕ ФОСФАТБИНДЕРОВ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ

а) нормофосфатемии
б) нормокальциемии
в) гиперкальциемии
г) гиперфосфатемии

Ответ: а

2065. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНО-КОСТНОГО ОБМЕНА ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ, НЕОБХОДИМ ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

а) кальция, фосфора, ПТГ
б) магния, АСТ, АЛТ
в) калия, натрия, хлора
г) кальция, кальцитонина

Ответ: а

2066. НАЗНАЧЕНИЕ КАЛЬЦИЙ-СОДЕРЖАЩИХ ФОСФАТБИНДЕРОВ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

а) гиперкальциемии и низкого уровня ПТГ
б) гипокальциемии и высокого уровня ПТГ
в) гипокальциемии и гиперфосфатемии
г) гиперфосфатемии и высокого уровня ПТГ

Ответ: а

2067. ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО ФОСФОРА НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧЕНИЕ

а) колбасных изделий, мясных консервов, полуфабрикатов
б) сахара, меда, кондитерских изделий
в) кукурузы, свеклы, салата
г) растительного масла, сала, орехов

Ответ: а

2068. АДЕКВАТНОЕ ВЫВЕДЕНИЕ ФОСФАТОВ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ ВОЗМОЖНО ПРИ

а) увеличении частоты и длительности сеансов гемодиализа
б) уменьшении частоты и длительности сеансов гемодиализа
в) использовании низкокальциевого диализата
г) использовании высококальциевого диализата

Ответ: а

2069. В ЦЕЛЯХ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО ФОСФОРА ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК РЕКОМЕНДУЕТСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПРОДУКТОВ С СООТНОШЕНИЕМ ФОСФАТЫ (МГ)/БЕЛОК (Г) МЕНЕЕ

а) 12 мг/г
б) 20 мг/г
в) 35 мг/г
г) 50 мг/г

Ответ: а

2070. ТЕРАПИЯ _____ ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА, ЗАМЕДЛЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ, СНИЖЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ОБЩЕЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5D СТАДИИ

а) севеламером гидрохлоридом
б) кальция ацетатом
в) кальция карбонатом
г) гидроксидом алюминия

Ответ: а

2071. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬЦИФИКАЦИИ СОСУДОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

а) компьютерная томография
б) электрокардиография
в) УЗИ брахиоцефальных артерий
г) ангиосканирование

Ответ: а

2072. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИНАКАЛЦЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

а) гипокальциемия
б) гиперкальциемия
в) повышение ПТГ
г) гипертриглицеридемия

Ответ: а

2073. К ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНЕ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛЬЦИЯ ОТНОСИТСЯ

а) передозировка аналогов витамина D
б) передозировка фосфатбиндеров
в) передозировка цинакалцета
г) желчекаменная болезнь

Ответ: а

2074. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ АЛЮМИНИЕВОЙ ТОКСИЧНОСТИ НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРИЕМ АЛЮМИНИЙ-СОДЕРЖАЩИХ ФОСФАТБИНДЕРОВ ВОЗМОЖЕН НЕ БОЛЕЕ

а) 4 недель
б) 2 дней
в) 6 месяцев
г) 3 лет

Ответ: а

2075. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5Д СТАДИИ ВЫШЕ 600 НГ/МЛ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О

а) декомпенсации вторичного гиперпаратиреоза
б) передозировке альфакальцидола
в) адинамической костной болезни
г) передозировке парикальцитола

Ответ: а

2076. У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

а) гидрохлоротиазид
б) метоклопрамид
в) верошпирон
г) дексаметазон
Ответ: а

2077. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ АКТИВНЫХ ФОРМ /АНАЛОГАМИ ВИТАМИНА D И КАЛЬЦИЯ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С СИМПТОМАМИ
а) гипокальциемии
б) гиперкальциемии
в) гипофосфатемии
г) гиперфосфатемии
Ответ: а

2078. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ МЕНЕЕ (В ГОДАХ)
а) 50
б) 40
в) 30
г) 20
Ответ: а

2079. ЕДИНСТВЕННЫМ РАДИКАЛЬНЫМ И ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
а) хирургический
б) медикаментозный
в) лучевой
г) химиотерапевтический
Ответ: а

2080. ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ДОСТИГАЮТ _____% ПРИ УСЛОВИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ОПЫТНЫМИ ХИРУРГАМИ
а) 95-98
б) 85-90
в) 60-70
г) 30-40
Ответ: а

2081. К АКТИВНОЙ ФОРМЕ ВИТАМИНА D ОТНОСЯТ
а) кальцитриол
б) колекальциферол
в) метоклопрамид
г) эргокальциферол
Ответ: а

2082. ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНДЕНСИТОМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ КОСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)
а) 12
б) 6

в) 3
г) 24
Ответ: а

2083. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА В КАЧЕСТВЕ АНТИРЕЗОРБТИВНОГО ПРЕПАРАТА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ НАЗНАЧАЕТСЯ ВНУТРИВЕННО КАПЕЛЬНО ПО 5 МГ 1 РАЗ В
а) 12 месяцев
б) 3 месяца
в) 6 месяцев
г) месяц
Ответ: а

2084. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ
а) бисфосфоната
б) фосфатбиндера
в) альфакальцидола
г) кальцитриола
Ответ: а

2085. ПРИ РАКЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
а) удаление опухоли «единым блоком»
б) субтотальная резекция околощитовидных желез
в) изолированная паратиреоидэктомия
г) резекция пораженной околощитовидной железы
Ответ: а

2086. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ДОСТИГАЕТСЯ
а) увеличением элиминации фосфатов
б) увеличением абсорбции фосфатов в кишечнике
в) увеличением потребления фосфатов с пищей
г) повышением мобилизации фосфатов из кости
Ответ: а

2087. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА КОНТРОЛЬ КАЛЬЦИЯ КРОВИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ 1 РАЗ В ____
а) 3 месяца
б) 4 недели
в) 12 месяцев
г) 8 недель
Ответ: а

2088. РИСК РЕЦИДИВА НЕФРОЛИТИАЗА СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА
а) 10 лет
б) 1 года
в) 6 месяцев
г) 3 месяцев
Ответ: а

2089. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ АДИНАМИЧЕСКОЙ КОСТНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЛУЖИТ

а) длительный прием бисфосфонатов
б) длительно сохраняющаяся гипокальциемия
в) прием низких доз активных метаболитов витамина D
г) высокий уровень щелочной фосфатазы

Ответ: а

2090. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ КАЛЬЦИЯ БОЛЕЕ _____ ММОЛЬ/СУТКИ

а) 10
б) 8
в) 12
г) 5

Ответ: а

2091. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА В СОСТАВЕ АПС 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЮТ

а) альфакальциол и препараты кальция
б) левотироксин натрия и препараты кальция
в) гипотиазид и препараты магния
г) дексаметазон и препараты кальция

Ответ: а

2092. ТЕРАПИЮ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОГО КРИЗА НАЧИНАЮТ С

а) восполнения объема циркулирующей крови
б) инициации форсированного диуреза
в) восполнения дефицита фосфора в крови
г) назначения кальцимиметиков

Ответ: а

2093. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЛУЧЕВОЙ, БЕДРЕННОЙ КОСТЯХ ИЛИ В ПОЗВОНКАХ МЕНЕЕ _____ SD ПО Т-КРИТЕРИЮ

а) -2,5
б) -1,5
в) -2,0
г) -1,0

Ответ: а

2094. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МЕНЕЕ _____ МЛ/МИН/1,73М2

а) 60
б) 90
в) 30
г) 15

Ответ: а

2095. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ ОПТИМАЛЬНО ПРОВОДИТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

а) во втором триместре беременности
б) в первом триместре беременности
в) в третьем триместре беременности
г) сразу после постановки диагноза
Ответ: а

2096. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА В КАЧЕСТВЕ АНТИРЕЗОРБТИВНОГО ПРЕПАРАТА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ НАЗНАЧАЕТСЯ _____
а) внутрь по 70 мг 1 раз в неделю
б) внутривенно по 70 мг 1 раз в месяц
в) внутрь по 150 мг 1 раз в месяц
г) внутривенно по 60 мг 1 раз в месяц
Ответ: а

2097. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ ДЕНОСУМАБА 60 МГ _____
а) подкожно
б) внутримышечно
в) внутривенно
г) внутрикожно
Ответ: а

2098. ДЛЯ ОЦЕНКИ РАДИКАЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ _____ ГОРМОНА СЫВОРОТКИ КРОВИ
а) паратиреоидного
б) тиреотропного
в) фолликулостимулирующего
г) соматотропного
Ответ: а

2099. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ ЦИНАКАЛЬЦЕТА В ДОЗЕ _____ МГ В СУТКИ
а) 30-360
б) 10-15
в) 100-300
г) 5-150
Ответ: а

2100. ПАЦИЕНТАМ, ПОЛУЧАЮЩИМ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ РЕНТГЕНДЕНСИТОМЕТРИЮ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В_____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ
а) 12
б) 3
в) 6
г) 9
Ответ: а

2101. ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА СОСТАВЛЯЕТ _____% ПРИ УСЛОВИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ОПЫТНЫМИ ХИРУРГАМИ
а) 1-2

б) 5-10
в) 10-20
г) 10-15
Ответ: а

2102. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИСХОДЯ ИЗ УРОВНЯ _____ КРОВИ
а) кальция
б) паратгормона
в) фосфора
г) остеокальцина
Ответ: а

2103. ПАЦИЕНТАМ, ПОЛУЧАЮЩИМ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ УЗИ ПОЧЕК НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В_____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ
а) 12
б) 3
в) 6
г) 9
Ответ: а

2104. К ПРЕПАРАТАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОМ КРИЗЕ ОТНОСИТСЯ
а) деносумаб
б) альфакальцидол
в) пембролизумаб
г) гидрохлоротиазид
Ответ: а

2105. ЕДИНСТВЕННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ БОЛЕЕ 2,75 ММОЛЬ/Л У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ
а) хирургический
б) консервативный
в) химиотерапевтический
г) лучевой
Ответ: а

2106. ОТСУТСТВИЕ АДЕКВАТНОГО ДИУРЕЗА В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ ПОСЛЕ НАЧАЛА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОМ КРИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ
а) срочного гемодиализа с бескальциевым диализирующим раствором
б) срочного гемодиализа с бесфосфорным диализирующим раствором
в) форсированного диуреза супрафизиологическими дозировками фуросемида
г) перитонеального диализа с использованием гипертонического диализирующего раствора
Ответ: а

2107. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ АКТИВНЫХ ФОРМ /АНАЛОГАМИ ВИТАМИНА D И КАЛЬЦИЯ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С УРОВНЕМ СКОРРЕКТИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ КРОВИ _____ ММОЛЬ/Л
а) менее 2,1

б) более 2,1
в) от 2,1 до 2,5
г) более 2,5
Ответ: а

2108. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ ДО _____ ЛИТРОВ В СУТКИ
а) 1,5-2
б) 1-1,5
в) 2,5-3
г) 3-4,5
Ответ: а

2109. ВВЕДЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ ПРИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОМ КРИЗЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СО СКОРОСТЬЮ _____МЛ В ЧАС
а) 300-500
б) 100-300
в) 500-700
г) 700-900
Ответ: а

2110. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, НА _____ ММОЛЬ/Л ПРЕВЫШАЮЩАЯ НОРМУ, УСТАНОВЛЕННУЮ В ДАННОЙ ЛАБОРАТОРИИ
а) 0.25
б) 0.15
в) 0.05
г) 0.55
Ответ: а

2111. ПАЦИЕНТАМ, ПОЛУЧАЮЩИМ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАЛЬЦИЯ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ
а) 6
б) 3
в) 12
г) 9
Ответ: а

2112. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА ПРОВОДИТСЯ ДО И ЧЕРЕЗ _____ МИНУТ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
а) 10-15
б) 15-20
в) 7-10
г) 30-60
Ответ: а

2113. К АКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТАМ/АНАЛОГАМ ВИТАМИНА D, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА, ОТНОСЯТ
а) кальцитриол и альфакальцидол

б) кальцитриол и эргокальциферол
в) альфакальцидол и эргокальциферол
г) альфакальцидол и колекальциферол
Ответ: а

2114. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЯГКОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА КОНТРОЛЬ КАЛЬЦИЯ В СУТОЧНОЙ МОЧЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В _____МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ
а) 6
б) 3
в) 12
г) 24
Ответ: а

2115. К ПРИЧИНАМ ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ СИНДРОМ
а) Клайнфельтера
б) Каллмана
в) Прадера-Вилли
г) Морриса
Ответ: а

2116. МАРКЕРОМ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ
а) антимюллеров гормон
б) фолликулостимулирующий гормон
в) ингибин В
г) кисспептин
Ответ: а

2117. ПЕРВИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ МЕНСТРУАЦИЙ У ДЕВОЧКИ В ВОЗРАСТЕ _____ ПОСЛЕ ТЕЛАРХЕ
а) 15 лет или 3 года
б) 14 лет или 2 года
в) 18 лет или 5 лет
г) 17 лет или 4 года
Ответ: а

2118. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ФОРМ ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) лютеинизирующего гормона
б) антимюллерова гормона
в) гонадотропин-рилизинг гормона
г) фолликулостимулирующего гормона
Ответ: а

2119. ПОЗДНЯЯ МЕНОПАУЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАСТУПЛЕНИЕМ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ (В ГОДАХ)
а) 55
б) 51
в) 60
г) 57
Ответ: а

2120. АМЕНОРЕЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ МЕНСТРУАЦИЙ БОЛЕЕ (В МЕСЯЦАХ)
а) 6
б) 3
в) 8
г) 12
Ответ: а

2121. ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩИЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) аденогипофизе
б) нейрогипофизе
в) супраоптическом ядре гипоталамуса
г) дугообразном ядре гипоталамуса
Ответ: а

2122. ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) дугообразном ядре гипоталамуса
б) супраоптическом ядре гипоталамуса
в) аденогипофизе
г) нейрогипофизе
Ответ: а

2123. ИНГИБИН А СЕКРЕТИРУЕТСЯ ЖЕЛТЫМ ТЕЛОМ В ЛЮТЕИНОВУЮ ФАЗУ ПОД КОНТРОЛЕМ
а) лютеинизирующего гормона
б) фолликулостимулирующего гормона
в) прогестерона
г) эстрадиола
Ответ: а

2124. У ЖЕНЩИН СИНТЕЗ ЭСТРОГЕНОВ ПРОИСХОДИТ В
а) гранулезных клетках
б) тека-клетках
в) лактотрофных клетках
г) гонадотрофных клетках
Ответ: а

2125. ДЛЯ ПЕРИОДА ПОСТМЕНОПАУЗЫ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) фолликулостимулирующего гормона
б) ингибина
в) ДГЭА
г) андростендиона
Ответ: а

2126. У МУЖЧИН ТЕСТОСТЕРОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ
а) клетками Лейдига
б) клетками Сертоли
в) зародышевыми клетками семенных канальцев
г) перитубулярными миодными клетками
Ответ: а

2127. РЕГУЛЯРНЫЙ МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ ЧЕРЕЗ 3 ГОДА ПОСЛЕ МЕНАРХЕ И ДО ПЕРИМЕНОПАУЗЫ СЧИТАЕТСЯ (В ДНЯХ)

а) 21-35
б) 28-30
в) 26-32
г) 24-45

Ответ: а

2128. ОПЛОДОТВОРЕНИЕ ЯЙЦЕКЛЕТКИ В НОРМЕ ПРОИСХОДИТ В

а) ампулярной части трубы
б) брюшной полости
в) полости тела матки
г) полости шейки матки

Ответ: а

2129. АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН У ЖЕНЩИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

а) фолликулах яичников
б) супраоптическом ядре гипоталамуса
в) гонадотрофных клетках гипофиза
г) нейрогипофизе

Ответ: а

2130. ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩИЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

а) передней доле гипофиза
б) задней доле гипофиза
в) супраоптическом ядре гипоталамуса
г) паравентрикулярном ядре гипоталамуса

Ответ: а

2131. ДЛЯ ПЕРИОДА ПОСТМЕНОПАУЗЫ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

а) эстрадиола
б) лютеинизирующего гормона
в) фолликулостимулирующего гормона
г) пролактина

Ответ: а

2132. ПОД ДЕЙСТВИЕМ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПРОИСХОДИТ СИНТЕЗ ТЕСТОСТЕРОНА ИЗ АНДРОСТЕНДИОНА?

а) 17β-гидроксистероиддегидрогеназа
б) 3β-гидроксистероиддегидрогеназа
в) 5α-редуктаза
г) 17α-гидроксилаза

Ответ: а

2133. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАСТУПЛЕНИЕМ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ В ВОЗРАСТЕ ДО (В ГОДАХ)

а) 40
б) 45
в) 35
г) 30

Ответ: а

2134. ИНГИБИН В У МУЖЧИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА В

а) клетках Сертоли
б) клетках Лейдига
в) передней дозе гипофиза
г) сетчатой зоне коры надпочечников

Ответ: а

2135. ДЛЯ НАСТУПЛЕНИЯ ОВУЛЯЦИИ НЕОБХОДИМ ВЫБРОС

а) лютеинизирующего гормона
б) фолликулостимулирующего гормона
в) эстрадиола
г) ингибина В

Ответ: а

2136. КАКОЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ СЕКРЕЦИЯ ГОНАДОТРОПИНОВ?

а) пульсовой
б) волновой
в) циркадный
г) постоянный

Ответ: а

2137. БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЙ ТЕСТОСТЕРОН, СПОСОБНЫЙ ДИФФУНДИРОВАТЬ В ТКАНИ-МИШЕНИ, ВКЛЮЧАЕТ СВОБОДНЫЙ ТЕСТОСТЕРОН И СВЯЗАННЫЙ С

а) альбумином
б) глобулином, связывающим половые стероиды
в) иммуноглобулином G
г) аполипопротеином

Ответ: а

2138. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СТАТУСА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ

а) фолликулостимулирующего гормона
б) лютеинизирующего гормона
в) прогестерона
г) ингибина В

Ответ: а

2139. ИНГИБИТОРОМ СЕКРЕЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГОНАДОТРОФАМИ ГИПОФИЗА ПО ПРИНЦИПУ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) ингибин В
б) кисспептин
в) гонадотропин-рилизинг гормон
г) мелатонин

Ответ: а

2140. ИНФОРМАЦИЯ О СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГОНАДОТРОПИНОВ СОДЕРЖИТСЯ В

а) β-субъединице
б) α-субъединице
в) С-терминальная области

г) α и β-субъединицы
Ответ: а

2141. НАЧАЛО МЕНСТРУАЦИИ СВЯЗАНО С ПАДЕНИЕМ УРОВНЯ
а) прогестерона
б) эстрадиола
в) фолликулостимулирующего гормона
г) лютеинизирующего гормона
Ответ: а

2142. КАКОЙ ГОРМОН ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА СЕКРЕЦИЮ ФСГ ЧЕРЕЗ АУТОКРИННЫЕ-ПАРАКРИННЫЕ МЕХАНИЗМЫ?
а) фоллистатин
б) эстрадиол
в) кисспептин
г) хорионический гонадотропин
Ответ: а

2143. ОСНОВНЫМИ ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ, СЛУЖАЩИМИ ИСТОЧНИКОМ ДЛЯ ПРОДУКЦИИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ЯВЛЯЮТСЯ
а) животные жиры
б) животные белки
в) медленноусвояемые углеводы
г) растительные масла
Ответ: а

2144. РЕЦЕПТОРЫ К ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕМУ ГОРМОНУ ЭКСПРЕССИРУЮТСЯ
а) гранулезными клетками
б) тека-интерстициальными клетками
в) стромальными клетками эндометрия
г) эпителиальными клетками эндометрия
Ответ: а

2145. ВО ВРЕМЯ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРОИСХОДИТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) прогестерона
б) ингибина В
в) лютеинизирущего гормона
г) фолликулостимулирующего гормона
Ответ: а

2146. НА КАКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЭМБРИОНА ПРОИСХОДИТ ПРИКРЕПЛЕНИЕ К СТЕНКЕ МАТКИ?
а) бластоцисты
б) морулы
в) зиготы
г) бластомера
Ответ: а

2147. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ С ГОНАДОЛИБЕРИНОМ (ПОДЪЕМ УРОВНЯ ЛГ>6 МЕД/Л) ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

а) вторичный гипогонадизм
б) врожденную дисфункцию коры надпочечников
в) преждевременное половое развитие
г) эндогенный гиперкортицизм
Ответ: а

2148. ИНГИБИН В У ЖЕНЩИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФОЛЛИКУЛО-СТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА В
а) гранулезных клетках яичника
б) тека-клетках яичника
в) передней дозе гипофиза
г) сетчатой зоне коры надпочечников
Ответ: а

2149. КАКИЕ ГОРМОНЫ ИМЕЮТ ИДЕНТИЧНУЮ А-СУБЪЕДИНИЦУ?
а) лютеинизирующий и фолликулостимулирующий гормоны
б) эстрадиол и прогестерон
в) люлиберин и тиреотропный гормон
г) хорионический гонадотропин и гонадотропин-рилизинг-гормон
Ответ: а

2150. ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ОБУСЛОВЛЕН
а) первичным поражением гонад
б) снижением секреции гипоталамических гормонов
в) повреждением гипофизарной области
г) врожденной гипоплазией надпочечников
Ответ: а

2151. У МУЖЧИН С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА ОСОБЕННО СНИЖАЕТСЯ УРОВЕНЬ
а) биологически активного тестостерона
б) общего тестостерона
в) андростендинона
г) альдостерона
Ответ: а

2152. АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН У МУЖЧИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) клетках Сертоли
б) супраоптическом ядре гипоталамуса
в) гонадотрофных клетках гипофиза
г) клетках Лейдига
Ответ: а

2153. ПОД ДЕЙСТВИЕМ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПРОИСХОДИТ СИНТЕЗ ЭСТРАДИОЛА ИЗ АНДРОСТЕНДИОНА?
а) ароматаза
б) 5-α-редуктаза
в) 17α-гидроксилаза
г) 11-β-гидроксилаза
Ответ: а

2154. УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРОИСХОДИТ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ
а) эстрадиола

б) фолликулостимулирующего гормона
в) прогестерона
г) лютеинизирующего гормона
Ответ: а

2155. ФУНКЦИЯ КЛЕТОК ЛЕЙДИГА ЯИЧЕК МУЖЧИН ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
а) выработке тестостерона
б) поддержание структуры семенных канальцев
в) секреции жидкости с семенными канальцами
г) секреции питательных веществ для сперматозоидов
Ответ: а

2156. ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ РАЗГРАНИЧИТЬ НОРМАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ДЕФИЦИТ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН, СЧИТАЕТСЯ _____ НМОЛЬ/Л
а) 12,1
б) 8,1
в) 10,1
г) 18,1
Ответ: а

2157. ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ОБУСЛОВЛЕН
а) нарушением закладки гонадотрофов
б) повышением секреции гипоталамических гормонов
в) дефектом ферментов стероидогенеза
г) резистентностью к гонадотропинам
Ответ: а

2158. ПОД ДЕЙСТВИЕМ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПРОИСХОДИТ ПРЕВРАЩЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ДИГИДРОТЕСТОСТЕРОН?
а) 5α-редуктаза
б) ароматаза
в) 17β-гидроксистероиддегидрогеназа
г) 3β-гидроксистероиддегидрогеназа
Ответ: а

2159. К ПРИЧИНАМ ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ
а) аденома гипофиза
б) не опущение яичек
в) приобретенная анорхия
г) дисгенезия гонад
Ответ: а

2160. СИНТЕЗ ТЕСТОСТЕРОНА В ЯИЧКАХ СТИМУЛИРУЕТ ГОРМОН
а) лютеинизирующий
б) фолликулостимулирующий
в) пролактин
г) кортикотропин
Ответ: а

2161. НА _____ НЕДЕЛЕ ГЕСТАЦИИ НАЧИНАЮТ ФОРМИРОВАТЬСЯ КЛЕТКИ ЛЕЙДИГА
а) 8

б) 5
в) 12
г) 16
Ответ: а

2162. ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩИЙ ГОРМОН В ТЕКА-КЛЕТКАХ ЯИЧНИКОВ СТИМУЛИРУЕТ ВЫРАБОТКУ ТАКИХ ГОРМОНОВ, КАК
а) андрогены
б) эстрогены
в) эстрогены+прогестерон
г) прогестерон+андростендион
Ответ: а

2163. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У МУЖЧИН НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
а) 40-50
б) 50-60
в) 60-70
г) старше 70
Ответ: а

2164. СИНДРОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ
а) нарушение синтеза тестостерона
б) дефект ферментов, отвечающих за синтез стероидов
в) дефицит гонадотропин-рилизин гормона
г) дефицит ЛГ, ФСГ
Ответ: а

2165. ОДНИМ ИЗ УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) увеличение объема яичников более 10 мл
б) линейный эндометрий
в) гипоплазия матки
г) повышение эхогенности стромы яичников
Ответ: а

2166. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ
а) на фолликулостимулирующий гормон
б) ингибина В
в) кисс-пептина
г) прогестерона
Ответ: а

2167. ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРЕН КАРИОТИП
а) 46, X0
б) 46, XY
в) 47, XXY
г) 47, XYY
Ответ: а

2168. ЖАЛОБЫ НА НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПО ТИПУ ОЛИГОМЕНОРЕИ, ИЗБЫТОЧНЫЙ РОСТ ВОЛОС НА ЛИЦЕ, ПО БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА, ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДЕР, ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ ТИПИЧНЫ ДЛЯ

а) синдрома поликистозных яичников
б) гипотиреоза
в) пролактиномы
г) преждевременная недостаточность яичников

Ответ: а

2169. АСПЕРМИЯ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ

а) ретроградной эякуляции
б) уменьшении жидкой части эякулята
в) нарушении синтеза сперматозоидов
г) аутоиммунном поражении гонад

Ответ: а

2170. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

а) тестостерона
б) 17-ОН-прогестерона
в) дигидротестостерона
г) андростендиола

Ответ: а

2171. ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОБЪЕМА ЯИЧНИКОВ, КОТОРОЕ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О НАЛИЧИИ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ, СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (В МЛ)

а) 10
б) 8
в) 15
г) 20

Ответ: а

2172. ПРОДУКЦИЯ АНДРОГЕНОВ ЯИЧНИКАМИ СТИМУЛИРУЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГОРМОНА

а) лютеинизирующего
б) фолликулостимулирующего
в) кортикотропин-рилизинг
г) адренокортикотропного

Ответ: а

2173. ОСНОВНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СОЗРЕВАНИЯ ФОЛЛИКУЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) фолликулостимулирующий гормон
б) хорионический гонадотропин
в) лютеинизирующий гормон
г) ингибин В

Ответ: а

2174. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

а) антимюллерова гормона

б) общего тестостерона
в) секс-стероид-связывающего глобулина
г) свободного тестостерона
Ответ: а

2175. ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
а) гипергонадотропного гипогонадизма
б) гипогонадотропного гипогонадизма
в) вторичного гипотиреоза
г) вторичной надпочечниковой недостаточности
Ответ: а

2176. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ МЕНОПАУЗЕ ЛЕЖАТ
а) атрофические изменения в органах мочеполового тракта
б) гиперпластические процессы эндометрия
в) структурные изменения гипофиза
г) нейрогенные дисфункции мочевого пузыря
Ответ: а

2177. ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА С/СО
а) снижением обоняния
б) нарушением слуха
в) снижением остроты зрения
г) нарушением вкуса
Ответ: а

ЭСТРОГЕНЫ 2178. УВЕЛИЧИВАЮТ ЗАДЕРЖКУ ЖИДКОСТИ ПУТЕМ
а) увеличения уровня ангиотензиногена в печени
б) связывания с альдостероновыми рецепторами в надпочечниках
в) повышения уровня ренина в почках
г) связывания с глюкокортикоидными рецепторами в надпочечниках
Ответ: а

2179. ВЫБРОС ЛГ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ЦИКЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
а) до овуляции
б) во время овуляции
в) после овуляции
г) перед менструацией
Ответ: а

2180. ПОСЛЕ ОВУЛЯЦИИ ДОМИНАНТНЫЙ ФОЛЛИКУЛ ПРЕВРАЩАЕТСЯ В
а) желтое тело
б) белое тело
в) фолликулярную кисту
г) кисту желтого тела
Ответ: а

2181. ПИК ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА В ПРЕОВУЛЯТОРНЫЙ ПЕРИОД ОБУСЛОВЛЕН

а) эстрогенами по принципу положительной обратной связи
б) эстрогенами по принципу отрицательной обратной связи
в) пиком прогестерона
г) критическим снижением эстрогенов
Ответ: а

2182. ШКАЛА ГРИНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
а) проявлений климактерического синдрома
б) гирсутизма
в) риска развития сахарного диабета
г) эндокринной офтальмопатии
Ответ: а

2183. СИНДРОМ КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ГИПОГОНАДИЗМОМ
а) гипогонадотропным
б) гипергонадотропным
в) нормогонадотропным
г) гиперпролактинемическим
Ответ: а

2184. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРОВОДИТСЯ ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ НИГРОИДНОГО АКАНТОЗА, КОТОРЫЙ ОТНОСИТСЯ К ПРОЯВЛЕНИЯМ
а) инсулинорезистентности
б) ановуляции
в) поликистозной морфологии яичников
г) гиперандрогении
Ответ: а

2185. УРОВЕНЬ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ЧЕЛОВЕКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИНЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ 3 ТРИМЕСТРА НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
а) остается стабильным
б) критически снижается
в) критически повышается
г) градиентно снижается
Ответ: а

2186. ДЛЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ХАРАКТЕРЕН КАРИОТИП
а) 47, XXY
б) 47, XYY
в) 46, XY
г) 46, X0
Ответ: а

2187. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА
а) Грина
б) Ферримана
в) SCORE
г) CAS
Ответ: а

2188. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ГИРСУТИЗМА ПРОВОДИТСЯ ОЦЕНКА РОСТА ВОЛОС В ТОМ ЧИСЛЕ

а) по внутренней поверхности бедер
б) на голенях
в) на предплечьях
г) в подмышечных областях

Ответ: а

2189. ШКАЛА ФЕРРИМАНА-ГАЛЛВЕЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ

а) гирсутизма
б) акне
в) алопеции
г) нигроидного акантоза

Ответ: а

2190. ОДНИМ ИЗ ВЕДУЩИХ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) олиго- или ановуляция
б) линейный эндометрий
в) гипоплазия матки
г) диспластическое телосложение с короткой шеей

Ответ: а

2191. УРОВЕНЬ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ЧЕЛОВЕКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИНЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ 1 ТРИМЕСТРА НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

а) повышается
б) снижается
в) остается стабильно низким
г) остается стабильно высоким

Ответ: а

2192. СТЕРОИДОГЕНЕЗ В КОРЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПЛОДА ЗАВИСИТ ОТ

а) АКТГ плода
б) АКТГ матери
в) ХГЧ
г) плацентарного лактогена

Ответ: а

2193. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ ПЛОДА В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В КОМПЛЕКСЕ С ИССЛЕДОВАНИЕМ УРОВНЯ ПРОТЕИНА А В ПЛАЗМЕ (PAPP-A) ОЦЕНИВАЕТСЯ УРОВЕНЬ

а) ХГЧ
б) прогестерона
в) эстриола
г) ингибина А

Ответ: а

2194. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ МЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а) эстрогенодефицит

б) дефицит гонадотропинов
в) избыток прогестерона
г) избыток тестостерона
Ответ: а

2195. ЖАЛОБЫ НА НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПО ТИПУ ОЛИГОМЕНОРЕИ С ЗАДЕРЖКАМИ МЕНСТРУАЦИЙ ДО 4 МЕСЯЦЕВ, ПРИЛИВЫ, СНИЖЕНИЕ ЛИБИДО У ЖЕНЩИНЫ В ВОЗРАСТЕ 36 ЛЕТ ТИПИЧНЫ ДЛЯ
а) преждевременной недостаточности яичников
б) гипотиреоза
в) пролактиномы
г) синдрома поликистозных яичников
Ответ: а

2196. СИНДРОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ГИПОГОНАДИЗМОМ
а) гипергонадотропным
б) гипогонадотропным
в) нормогонадотропным
г) гиперпролактинемическим
Ответ: а

2197. ГЕНОМ, ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ ГОНАД ПО МУЖСКОМУ ТИПУ ЯВЛЯЕТСЯ
а) SRY
б) PROP1
в) Pit1
г) MEN1
Ответ: а

2198. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) тестостерона
б) антимюллерова гормона
в) ингибина В
г) альдостерона
Ответ: а

2199. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ МЕНОПАУЗЕ ЛЕЖИТ
а) развитие ишемии в эстроген-зависимых тканях
б) гиперплазия эндометрия
в) развитие нейрогенного мочевой пузырь
г) снижение функции гипофиза
Ответ: а

2200. ПРИ НАСТУПЛЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯИЧНИКОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
а) уменьшение их объема
б) наличие фолликулярной кисты
в) повышение эхогенности стромы
г) наличие доминантного фолликула

Ответ: а

2201. ОДНИМ ИЗ ВЕДУЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) гиперандрогения
б) дислипидемия
в) гипоэстрогенемия
г) гиперпролактинемия

Ответ: а

2202. СИНТЕЗ ПРОГЕСТЕРОНА В ЖЕЛТОМ ТЕЛЕ ЯИЧНИКА СТИМУЛИРУЕТ

а) ЛГ
б) ФСГ
в) ХГЧ
г) Эстрон

Ответ: а

2203. ПАЦИЕНТКАМ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

а) перорального глюкозотолерантного теста
б) теста с синактеном-депо
в) теста с люлиберином
г) инсулинотолерантного теста

Ответ: а

2204. СОГЛАСНО ШКАЛЕ ГРИНА ВЫДЕЛЯЮТ ___ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

а) 3
б) 2
в) 4
г) 5

Ответ: а

2205. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРОВОДЯТ С

а) врожденной дисфункции коры надпочечников
б) первичной надпочечниковой недостаточностью
в) синдромом гиперальдостеронизма
г) феохромоцитомой

Ответ: а

2206. У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОБСЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ

а) признаков метаболического синдрома
б) снижения функции почек
в) надпочечниковой недостаточности
г) аденомы гипофиза

Ответ: а

2207. ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ЛАКТОГЕН ЧЕЛОВЕКА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

а) плаценте
б) молочных железах

в) гипофизе плода
г) гипофизе матери
Ответ: а

2208. СЕКРЕЦИЯ ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) цирхоральным ритмом
б) циркадным ритмом
в) циркодианным ритмом
г) аритмичностью
Ответ: а

2209. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) поликистозная морфология яичников
б) гиперплазия эндометрия
в) нарушение толерантности к глюкозе
г) наличие микроаденомы гипофиза
Ответ: а

2210. С РЕЦЕПТОРОМ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ЯИЧНИКОВ СПОСОБЕН СВЯЗЫВАТЬСЯ
а) хорионический гонадотропин
б) фолликулостимулирующий гормон
в) адренокортикотропный гормон
г) тиреотропный гормон
Ответ: а

2211. СИНТЕЗ СУРФАКТАНТА В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПЛОДА СТИМУЛИРУЕТ
а) кортизол
б) плацентарный лактоген
в) ХГЧ
г) ТТГ
Ответ: а

2212. НАИБОЛЬШАЯ ЧАСТОТА ВЫБРОСОВ ЛГ НАБЛЮДАЕТСЯ В _____ ФАЗУ
а) позднюю фолликулярную
б) раннюю фолликулярную
в) раннюю лютеиновую
г) позднюю лютеиновую
Ответ: а

2213. КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
а) повышается
б) снижается
в) не изменяется
г) варьирует в зависимости от количества плодов
Ответ: а

2214. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В КАЧЕСТВЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
а) гирсутизм

б) ожирение
в) галакторея
г) нигроидный акантоз
Ответ: а

2215. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) пролактина
б) ТТГ
в) ЛГ
г) ФСГ
Ответ: а

2216. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ НАБЛЮДАЕТСЯ
а) гипертрофия аденогипофиза
б) гиперплазия нейрогипофиза
в) снижение почечного кровотока
г) снижение тироксин связывающего глобулина
Ответ: а

2217. ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ____ ГОРМОНА
а) фолликулостимулирующего
б) тиреотропного
в) адренокортикотропного
г) соматотропного
Ответ: а

2218. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЮТ
а) гиперинсулинемию
б) снижение скорости клубочковой фильтрации
в) повышение ТТГ
г) снижение ИФР-1
Ответ: а

2219. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ, ВОЗМОЖНО ПРИ
а) низком уровне тиреоидных гормонов
б) гипопаратиреозе
в) высоком уровне эстрогенов
г) старении
Ответ: а

2220. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ВОЗМОЖНО ПРИ
а) гепатите
б) акромегалии
в) терапии андрогенами
г) нефротическом синдроме
Ответ: а

2221. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

а) гиперлипидемию
б) снижение скорости клубочковой фильтрации
в) повышение гонадотропинов
г) снижение ИФР-1

Ответ: а

2222. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЮТ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

а) тиреотропного гормона
б) инсулиноподобного фактора роста -1
в) пролактина
г) адренокортикотропного гормона

Ответ: а

2223. ЕВНУХОИДНЫЕ ПРОПОРЦИИ ТЕЛА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ РАЗМАХОМ РУК, ПРЕВЫШАЮЩИМ РОСТ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ НА (В СМ)

а) 5
б) 10
в) 15
г) 20

Ответ: а

2224. МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ИНДЕКС КУПЕРМАНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

а) степени тяжести климактерического синдрома
б) риска развития гиперпластических процессов эндометрия
в) риска переломов у женщин
г) сердечно-сосудистых рисков у женщин

Ответ: а

2225. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ОТНОСИТСЯ СИНДРОМ

а) Шиена
б) тестикулярной феминизации
в) дисгенезии гонад
г) Рокитанского-Кюстнера

Ответ: а

2226. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

а) УЗИ органов малого таза
б) компьютерной томографии надпочечников
в) УЗИ щитовидной железы
г) рентгенографии черепа

Ответ: а

2227. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ _____ ГОРМОНА В КРОВИ

а) тиреотропного
б) адренокортикотропного
в) соматотропного

г) антимюллерова
Ответ: а

2228. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) дисгенезии гонад
б) преждевременной недостаточности яичников
в) синдрома резистентных яичников
г) дермоидной кисты яичника
Ответ: а

2229. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ
а) функции щитовидной железы
б) кисспептина
в) ингибина-В
г) антимюллерова гормона
Ответ: а

2230. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ОТНОСЯТ
а) врожденный гипопитуитаризм
б) синдром Шиена
в) преждевременную недостаточность яичников
г) синдром резистентных яичников
Ответ: а

2231. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) синдрома Рокитанского-Кюстнера
б) синдрома Шиена
в) преждевременной недостаточности яичников
г) синдрома резистентных яичников
Ответ: а

2232. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) синдрома Шерешевского-Тернера
б) преждевременной недостаточности яичников
в) синдрома Шиена
г) синдрома резистентных яичников
Ответ: а

2233. ЕВНУХОИДНЫЕ ПРОПОРЦИИ ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА
а) Каллмана
б) Кушинга
в) Тернера
г) Морриса
Ответ: а

2234. САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОГОНАДИЗМА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ
а) экзогенно-конституциональное ожирение

б) синдром Клайнфельтера
в) синдром Каллмана
г) анорхизм
Ответ: а

2235. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) акромегалия
б) надпочечниковая недостаточность
в) гипертиреоз
г) гинекомастия
Ответ: а

2236. К ФАКТОРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ОТНОСИТСЯ
а) вирус иммунодефицита человека
б) сахарный диабет 2 типа
в) ожирение
г) акромегалия
Ответ: а

2237. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ
а) увеличение всасывания кальция в кишечнике
б) уменьшение объема циркулирующей крови
в) увеличение уровня ТТГ в крови
г) уменьшение скорости клубочковой фильтрации
Ответ: а

2238. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ
а) увеличение скорости клубочковой фильтрации
б) снижение всасывания кальция в кишечнике
в) увеличение уровня ТТГ в крови
г) уменьшение объема циркулирующей крови
Ответ: а

2239. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) нефротический синдром
б) надпочечниковая недостаточность
в) гипертиреоз
г) беременность
Ответ: а

2240. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
а) пролактина
б) кисспептина
в) ингибина-В
г) антимюллерова гормона
Ответ: а

2241. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ СИНДРОМА

а) Каллмана
б) Шиена
в) Пархона
г) Конна

Ответ: а

2242. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СИНТЕЗ

а) глобулина связывающего половые гормоны
б) ТТГ
в) норадреналина
г) паратгормона

Ответ: а

2243. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

а) кариотипирования
б) мультистероидного анализа
в) УЗИ надпочечников
г) МРТ надпочечников

Ответ: а

2244. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

а) инсулинорезистентность
б) снижение скорости клубочковой фильтрации
в) повышение ТТГ
г) повышение гонадотропинов

Ответ: а

2245. МАССИВНОЕ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО

а) гипогонадизма
б) гипопаратиреоза
в) гиперпаратиреоза
г) гиперальдостеронизма

Ответ: а

2246. К ФАКТОРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ОТНОСИТСЯ

а) беременность
б) сахарный диабет 2 типа
в) ожирение
г) акромегалия

Ответ: а

2247. ЕВНУХОИДНЫЕ ПРОПОРЦИИ ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА

а) Клайнфельтера
б) Шерешевского-Тернера
в) Кушинга

г) Морриса
Ответ: а

2248. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) синдрома тестикулярной феминизации
б) преждевременной недостаточности яичников
в) синдрома Шиена
г) синдрома резистентных яичников
Ответ: а

2249. ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) приема анаболических стероидов
б) избыточного потребления эргокальциферола
в) приема левотироксина
г) избыточного поступления витаминов группы В
Ответ: а

2250. МАССИВНОЕ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ
а) вторичной аменореи
б) первичного гипотиреоза
в) синдрома Пархона
г) синдрома Кушинга
Ответ: а

2251. К ФАКТОРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ОТНОСИТСЯ
а) прием эстрогенов
б) сахарный диабет 2 типа
в) ожирение
г) акромегалия
Ответ: а

2252. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ
а) гиперпролактинемии
б) гиперпаратиреоза
в) гиперальдостеронизма
г) гипергликемии
Ответ: а

2253. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИПОФИЗА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЮТ
а) увеличение размеров аденогипофиза
б) формирование пустого турецкого седла
в) увеличение размеров нейрогипофиза
г) апоплексия гипофиза
Ответ: а

2254. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРОДУКЦИЯ
а) тироксинсвязывающего глобулина

б) катехоламинов
в) ТТГ
г) паратгормона
Ответ: а

2255. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ _____ ГОРМОНА В КРОВИ
а) фолликулостимулирующего
б) адренокортикотропного
в) соматотропного
г) антимюллерова
Ответ: а

2256. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СИНТЕЗ
а) кортизол-связывающего глобулина
б) глюкагона
в) адреналина
г) паратгормона
Ответ: а

2257. ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ____ ГОРМОНА
а) лютеинизирующего
б) тиреотропного
в) адренокортикотропного
г) соматотропного
Ответ: а

2258. УВЕЛИЧЕНИЕ ГИПОФИЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ
а) лактотрофов
б) кортикотрофов
в) тиреотрофов
г) соматотрофов
Ответ: а

2259. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ
а) увеличение объема циркулирующей крови
б) снижение всасывания кальция в кишечнике
в) увеличение уровня ТТГ в крови
г) уменьшение скорости клубочковой фильтрации
Ответ: а

2260. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) сахарный диабет
б) надпочечниковая недостаточность
в) гипертиреоз
г) гинекомастия
Ответ: а

2261. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ОТНОСЯТ

а) синдром тестикулярной феминизации
б) синдром Шиена
в) преждевременную недостаточность яичников
г) синдром гиперторможения яичников
Ответ: а

2262. ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ _____ В КРОВИ
а) гонадотропинов
б) прогестерона
в) ингибина-В
г) антимюллерова гормона
Ответ: а

2263. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СИНТЕЗ
а) инсулиноподобного фактора роста-1
б) глюкагона
в) катехоламинов
г) ТТГ
Ответ: а

2264. ДЛЯ ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНА _____ АНЕМИЯ
а) нормохромная нормоцитарная
б) нормохромная макроцитарная
в) гиперхромная макроцитарная
г) гипохромная микроцитарная
Ответ: а

2265. ДИАГНОСТИКУ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИИ ПРОВОДИТ ВРАЧ
а) психиатр
б) эндокринолог
в) гинеколог
г) терапевт
Ответ: а

2266. ГИПОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
а) синдрома Шиена
б) врожденной дисфункции коры надпочечников
в) преждевременной недостаточности яичников
г) синдрома Тернера
Ответ: а

2267. ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
а) менопаузы
б) синдрома поликистозных яичников
в) гонадотропиномы
г) эстроген-продуцирующей опухоли яичника
Ответ: а

2268. К РАЗВИТИЮ ЛОЖНОГО МУЖСКОГО ГЕРМАФРОДИТИЗМА ПРИВОДИТ
а) дефект 5α-редуктазы
б) мутация в гене CYP21

в) дефицит 11-β гидроксилазы
г) мутация в гене SRY
Ответ: а

2269. НОРМОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
а) синдрома Ашермана
б) дисгенезии гонад
в) преждевременной недостаточности яичников
г) функциональной гипоталамический аменореи
Ответ: а

2270. К ПОКАЗАНИЯМ К КАРИОТИПИРОВАНИЮ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ
а) первичная аменорея на фоне резко повышенного уровня гонадотропинов крови
б) высокорослость при отсутствии в семье родственников высокого роста
в) сочетание артериальной гипертензии и образования надпочечника
г) наличие случаев медуллярного рака в семье
Ответ: а

2271. ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
а) дисгенезии гонад
б) гиперпролактинемии
в) эстроген-продуцирующей опухоли гипофиза
г) синдрома поликистозных яичников
Ответ: а

2272. ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ
а) коарктация аорты
б) атрезия трехстворчатого клапана
в) стеноз легочной артерии
г) дефект предсердножелудочковой перегородки
Ответ: а

2273. К БЕЛКОВЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСИТСЯ
а) окситоцин
б) андростендион
в) эстрон
г) альдостерон
Ответ: а

2274. ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
а) преждевременной недостаточности яичников
б) гиперпролактинемии
в) врожденной дисфункции коры надпочечников
г) синдрома поликистозных яичников
Ответ: а

2275. ПРИЧИНАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕИ ЯВЛЯЮТСЯ
а) стресс, снижение веса, чрезмерные физические нагрузки
б) ожирение, малоподвижный образ жизни

в) сахарный диабет 2 типа, инсулинорезистентность
г) опухоль яичников, гиперандрогенемия
Ответ: а

2276. В НАДПОЧЕЧНИКАХ АНДРОГЕНЫ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ В
а) сетчатой зоне
б) клубочковой зоне коры
в) пучковой зоне
г) мозговом веществе
Ответ: а

2277. СРЕДИ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ВСТРЕЧАЕТСЯ
а) первичный гипотиреоз
б) надпочечниковая недостаточность
в) гипопаратиреоз
г) феохромоцитома
Ответ: а

2278. ОВУЛЯЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ ФАЗ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
а) пролиферации и секреторной
б) десквамации и секреторной
в) десквамации и пролиферации
г) менструальной и постменструальной
Ответ: а

2279. ПРИ ТИПИЧНОМ ВАРИАНТЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПО ТИПУ
а) аменореи
б) гипоменореи
в) олигоменореи
г) гиперменореи
Ответ: а

2280. УРОВЕНЬ ДГЭА В КРОВИ ЗАВИСИТ ОТ
а) времени суток
б) фазы менструального цикла
в) количества глобулина, связывающего половые гормоны
г) количества жировой ткани
Ответ: а

2281. К ПОКАЗАНИЯМ К КАРИОТИПИРОВАНИЮ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ _____ С _____ УРОВНЕМ ГОНАДОТРОПИНОВ КРОВИ
а) аменорея; повышенным
б) гиперменорея; нормальным
в) альгоменорея; нормальным
г) олигоменорея; низким
Ответ: а

2282. ГИПОГОНАДИЗМ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ОБУСЛОВЛЕН
а) первичной недостаточностью яичников

б) вторичной недостаточностью яичников
в) дисфункцией коры надпочечников
г) первичным гипопитуитаризмом
Ответ: а

2283. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА, ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ
а) пигментных невусов
б) гирсутизма
в) нигроидного акантоза
г) акне
Ответ: а

2284. СТИГМЫ ДИСЭМБРИОГЕНЕЗА, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА, ВКЛЮЧАЮТ
а) крыловидные складки на шее
б) арахнодактилию
в) разный цвет радужки глаз
г) пятна на коже цвета «коже с молоком»
Ответ: а

2285. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ИСТИННОГО ГЕРМАФРОДИТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ
а) SRY
б) CYP21
в) GNAS
г) RET
Ответ: а

2286. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ЛОЖНОГО ЖЕНСКОГО ГЕРМАФРОДИТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ
а) CYP21
б) SRY
в) GNAS
г) RET
Ответ: а

2287. МУТАЦИИ В ГЕНЕ SRY ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ
а) истинного гермафродитизма
б) ложного мужского гермафродитизма
в) врожденной дисфункции коры надпочечников
г) преждевременного полового созревания
Ответ: а

2288. ЗАДЕРЖКА РОСТА У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ
а) эстрогенов
б) гормона роста
в) гонадотропинов
г) соматолиберина
Ответ: а

2289. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОТСУТСТВИЕ МАТКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

а) тестикулярной феминизации
б) Шерешевского-Тернера
в) Каллмана
г) дисгенезии гонад

Ответ: а

2290. ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

а) нарушения толерантности к глюкозе
б) абсолютной недостаточности инсулина
в) врожденного гиперинсулинизма
г) гликогеноза 1 типа

Ответ: а

2291. ДЛЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРЕН

а) низкий рост
б) избыток массы тела
в) гирсутизм
г) низкий грубый голос

Ответ: а

2292. К РАЗВИТИЮ ЛОЖНОГО ЖЕНСКОГО ГЕРМАФРОДИТИЗМА ПРИВОДИТ

а) дефицит 21-гидроксилазы
б) дефект 5α-редуктазы
в) мутация в гезе GNAS
г) мутация в гене SRY

Ответ: а

2293. У МУЖЧИН ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

а) крипторхизма
б) неактивной опухоли гипофиза
в) краниофарингиомы
г) гиперпролактинемии

Ответ: а

2294. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ ПОЛИМЕНОРЕЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

а) менее 21
б) 21-28
в) 28-30
г) более 35

Ответ: а

2295. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ ПОВЫШЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

а) синдроме тестикулярной феминизации
б) пролактиноме
в) краниофарингиоме
г) синдроме Шерешевского-Тернера

Ответ: а

2296. К СТЕРОИДНЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСИТСЯ
а) альдостерон
б) адренокортикотропный гормон
в) антимюллеров гормон
г) антидиуретический гормон
Ответ: а

2297. ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
а) бикуспидальный аортальный клапан
б) Тетрада Фалло
в) пролапс митрального клапана
г) дополнительная хорда правого желудочка
Ответ: а

2298. В ГРАНУЛЕЗНЫХ КЛЕТКАХ ЯИЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЕТСЯ
а) эстрадиол
б) эстрон
в) эстриол
г) прогестерон
Ответ: а

2299. ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРЕН ГИПОГОНАДИЗМ С
а) повышением уровня гонадотропинов
б) снижением уровня гонадотропинов
в) нормальным уровнем гонадотропинов
г) повышением уровня пролактина
Ответ: а

2300. ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ КАРТИНА, СХОЖАЯ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА, НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ
а) Нунан
б) Клайнфельтера
в) Шиена
г) Прадера-Вилли
Ответ: а

2301. ОТСУТСТВИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СТЕРОИДСВЯЗЫВАЮЩИХ СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) ДГЭА
б) тестостерон
в) дегидротестостерон
г) эстрадиол
Ответ: а

2302. ПРИ ЛОЖНОМ ЖЕНСКОЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ КАРИОТИП
а) 46XX
б) 46XY
в) 47XXY
г) 45X0/46XX

Ответ: а

2303. ПРИ ИЗЪЯВЛЕНИИ ЖЕЛАНИЯ ЖЕНЩИНЫ О СМЕНЕ ПОЛА НА МУЖСКОЙ ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОВОДИТСЯ

а) психиатрическая экспертиза
б) гормональная терапия
в) мастэктомия
г) удаление яичников

Ответ: а

2304. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ИСТИННОГО ГЕРМАФРОДИТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

а) мутация в гене SRY
б) дефект 5α-редуктазы
в) дефект рецептора ЛГ
г) дефект рецептора к андрогенам

Ответ: а

2305. К БИОДОСТУПНОМУ ТЕСТОСТЕРОНУ ОТНОСЯТ

а) свободный и связанный с альбумином
б) свободный и связанный с ГСПГ
в) связанный с альбумином и с ГСПГ
г) только свободный

Ответ: а

2306. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

а) преждевременной недостаточности яичников
б) гиперпролактинемии
в) синдроме Шиена
г) нервной анорексии

Ответ: а

2307. ИНАКТИВИРУЮЩИЕ МУТАЦИИ ГЕНА ЛГ У МАЛЬЧИКОВ ПРИВОДЯТ К

а) гипоплазии клеток Лейдига
б) гипоплазии клеток Сертоли
в) гиперплазии клеток Лейдига
г) гиперплазии клеток Сертоли

Ответ: а

2308. СУБСТРАТОМ ДЛЯ СИНТЕЗА ЭСТРОГЕНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) холестерин
б) холин
в) тирозин
г) метионин

Ответ: а

2309. ОТСУТСТВИЕ ЭЯКУЛЯТА НАЗЫВАЮТ

а) аспермией
б) азооспермией
в) тератозооспермия
г) олигоспермия

Ответ: а

2310. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ФСГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
а) синдроме Каллмана
б) синдроме Шерешевского-Тернера
в) чистой агенезии гонад
г) нечувствительности к андрогенам
Ответ: а

2311. НАЛИЧИЕ Y-ХРОМОСОМЫ В КАРИОТИПЕ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ
а) гонадобластомы
б) кортикостеромы
в) гонадотропиномы
г) феохромоцитомы
Ответ: а

2312. ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ ОТСУТСТВИИ МЕНСТРУАЦИИ БОЛЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ
а) пациенткам любого возраста
б) только пациенткам старше 25 лет
в) только пациенткам старше 30 лет
г) только при наличии низкотравматических переломов
Ответ: а

2313. ДЛЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРЕН КАРИОТИП
а) 46XY
б) 46XX
в) 45X0
г) 47XXY
Ответ: а

2314. ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) фолликулостимулирующего гормона
б) эстрадиола
в) тестостерона
г) 17-ОН-прогестерона
Ответ: а

2315. ДЕФЕКТ 5α-РЕДУКТАЗЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ
а) ложного мужского гермафродитизма
б) истинного гермафродитизма
в) врожденной дисфункции коры надпочечников
г) преждевременного полового созревания
Ответ: а

2316. ГОРМОНОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ПРОИЗВОДНЫМ ХОЛЕСТЕРИНА, ЯВЛЯЕТСЯ
а) эстриол
б) ингибин В
в) кисспептин

г) пролактин
Ответ: а

2317. С ЦЕЛЬЮ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ПРОЛАКТИНОМАМИ ПОКАЗАНО
а) исследование полей зрения
б) проведение МРТ гипофиза
в) проведение КТ гипофиза
г) ультразвуковое исследование орбит
Ответ: а

2318. РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНО
а) мутациями гена-рецептора к андрогенам
б) изменением кариотипа
в) мутациями гена-рецептора к гонадотропинам
г) дефектом 5α-редуктазы
Ответ: а

2319. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ
а) пролактина
б) ТТГ
в) ХГЧ
г) общего Т4
Ответ: а

2320. ОДНИМ ИЗ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КЛАССА ГЛИКОПРОТЕИНОВЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) фолликулостимулирующий гормон
б) тироксин
в) норадреналин
г) прегненолон
Ответ: а

2321. ИЗМЕНЕНИЯ В СПЕРМОГРАММЕ ПРИ ОЛИГОЗООСПЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК
а) уменьшение количества сперматозоидов в эякуляте
б) снижение подвижности сперматозоидов
в) снижение объема эякулята менее 2 мл
г) наличие в эякуляте более 50% патологических сперматозоидов
Ответ: а

2322. ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ
а) гинекомастия
б) аденома гипофиза
в) преждевременное половое созревание
г) низкий рост
Ответ: а

2323. ПРИ ПОЛНОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
а) отсутствие полового оволосения

б) нормальное оволосение по женскому типу
в) гирсутизм
г) гипертрихоз
Ответ: а

2324. КАРИОТИП 47ХХУ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА
а) Клайнфельтера
б) Шерешевского-Тернера
в) Нунан
г) Марфана
Ответ: а

2325. ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
а) преждевременной недостаточности яичников
б) дисгенезии гонад
в) синдрома тестикулярной феминизации
г) синдрома Тернера
Ответ: а

2326. ПО ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ К БЕЛКОВЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСИТСЯ
а) люлиберин
б) тестостерон
в) адреналин
г) этрадиол
Ответ: а

2327. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С МАКРОПРОЛАКТИНОМАМИ ОСМОТР ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА РЕКОМЕНДОВАН 1 РАЗ В
а) месяц
б) триместр
в) 2 недели
г) 4 месяца
Ответ: а

2328. ЛАБОРАТОРНАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ПРИ СИНДРОМЕ
а) поликистозных яичников
б) Шерешевского-Тернера
в) дисгенезии гонад
г) Каллмана
Ответ: а

2329. ДЛЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ _____ ГОРМОНА
а) лютеинизирующего
б) фолликулостимулирующего
в) соматотропного
г) титертропного
Ответ: а

2330. РОТТЕРДАМСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА «СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ» ВКЛЮЧАЮТ
а) гиперандрогению

б) гиперэстрогенемию
в) гиперкортицизм
г) гиперальдостеронизм
Ответ: а

2331. У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ОТМЕЧАЕТСЯ
а) уменьшение размеров яичек
б) варикоцеле
в) гидроцеле
г) перекрут яичка
Ответ: а

2332. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С МИКРОПРОЛАКТИНОМАМИ ОСМОТР ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА С ПЕРИМЕТРИЕЙ РЕКОМЕНДОВАН 1 РАЗ В
а) 3 месяца
б) 2 недели
в) месяц
г) 1,5 месяца
Ответ: а

2333. ДЛЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) тестостерона
б) 17-ОН-прогестерона
в) ФСГ
г) эстрадиола
Ответ: а

2334. ОДНИМ ИЗ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) андростендион
б) хорионический гонадотропин человека
в) плацентарный лактоген
г) антимюллеров гормон
Ответ: а

2335. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛТОГО ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЕМ
а) прогестерона
б) эстрогенов
в) тестостерона
г) пролактина
Ответ: а

2336. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ПРОЛАКТИНОМАМИ, ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИХ О РОСТЕ ОПУХОЛИ, РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА
а) без контраста
б) с контрастом
в) в положении на боку
г) на аппарате открытого типа
Ответ: а

2337. АСТЕНОЗООСПЕРМИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИЗМЕНЕНИЯ В СПЕРМОГРАММЕ В ВИДЕ

а) снижения подвижности сперматозоидов
б) снижения количества сперматозоидов
в) наличия морфологически измененных сперматозоидов
г) отсутствия сперматозоидов в эякуляте

Ответ: а

2338. ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА В ГОРМОНАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

а) тестостерона
б) 17-ОН прогестерона
в) эстрадиола
г) пролактина

Ответ: а

2339. КАРИОТИП 48XXXY ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

а) Клайнфельтера
б) Тернера
в) Сотоса
г) Мориака

Ответ: а

2340. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ» ЯВЛЯЕТСЯ

а) олигоановуляция
б) олигоменорея
в) полименорея
г) полидипсия

Ответ: а

2341. К СТЕРОИДНЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСИТСЯ

а) дигидротестостерон
б) ингибин В
в) кисспептин
г) гонадотропин-рилизинг гормон

Ответ: а

2342. ДЛЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА

а) первичная аменорея
б) вторичная аменорея
в) олигоменорея
г) полименорея

Ответ: а

2343. АЗООСПЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) отсутствием сперматозоидов в эякуляте
б) уменьшением количества сперматозоидов в эякуляте
в) снижением подвижности сперматозоидов
г) снижением объема эякулята менее 2 мл

Ответ: а

2344. ВНЕШНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) евнухоидными пропорциями тела
б) низким ростом
в) брахидактилией
г) пятнами на коже цвета «кофе с молоком»

Ответ: а

2345. ОДНИМ ИЗ БЕЛКОВЫХ ГОРМОНОВ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

а) соматотропин
б) трийодтиронин
в) андростендион
г) альдостерон

Ответ: а

2346. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ФСГ И ЛГ НА ФОНЕ

а) низкого уровня эстрогенов
б) высокого уровня эстрогенов
в) высокого уровня пролактина
г) низкого уровня пролактина

Ответ: а

2347. ПРИ РЕГУЛЯРНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЕЙ ГОНАДОТРОПИНОВ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ НА ___ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

а) 5-7
б) 12-14
в) 1-3
г) 20-22

Ответ: а

2348. КАРИОТИП 45ХО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

а) Шерешевского-Тернера
б) Клайнфельтера
в) Каллмана
г) Шиена

Ответ: а

2349. ПРИ ТЕРАТОЗООСПЕРМИИ В ЭЯКУЛЯТЕ ПРИСУТСТВУЕТ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО _____ СПЕРМАТОЗОИДОВ

а) патологических
б) малоподвижных
в) мертвых
г) незрелых

Ответ: а

2350. ПЕРВИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

а) синдрома Тернера
б) менопаузы
в) преждевременной недостаточности яичников
г) синдрома поликистозных яичников

Ответ: а

2351. ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

а) ФСГ
б) тестостерона
в) 17-ОН-прогестерона
г) андростендиона

Ответ: а

2352. ВРОЖДЕННАЯ НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНДРОГЕНАМ У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46XY ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

а) ложного мужского гермафродитизма
б) истинного гермафродитизма
в) врожденной дисфункции коры надпочечников
г) преждевременного полового созревания

Ответ: а

2353. ПРИ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ ПРОБЕ С ХГЧ ПРИ ДЕФИЦИТЕ 5α-РЕДУКТАЗЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

а) дигидротестостерона
б) тестостерона
в) дегидроэпиандростерона
г) андростендиона

Ответ: а

2354. ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА В ГОРМОНАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

а) ЛГ
б) АКТГ
в) ТТГ
г) СТГ

Ответ: а

2355. СОГЛАСНО РОТТЕРДАМСКИМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ДВУХ ИЗ ____ СОСТАВЛЯЮЩИХ

а) 3
б) 4
в) 5
г) 2

Ответ: а

2356. КАРИОТИП 45XO/46XY ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ

а) Шерешевского-Тернера
б) Морриса
в) Клайнфельтера
г) Мориака

Ответ: а

2357. У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРОЛАКТИНОМАМИ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА

а) не рекомендован
б) проводится 1 раз в месяц

в) проводится 1 раз в триместр
г) проводится в 1 раз в 2 месяца
Ответ: а

2358. ПРИ НЕКРОЗООСПЕРМИИ В ЭЯКУЛЯТЕ ПРИСУТСТВУЕТ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО _____ СПЕРМАТОЗОИДОВ
а) мертвых
б) патологических
в) малоподвижных
г) незрелых
Ответ: а

2359. ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
а) агенезия матки
б) удвоение матки
в) двурогая матка
г) седловидная матка
Ответ: а

2360. ПО ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ СТЕРОИДНЫМ ГОРМОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) прогестерон
б) пролактин
в) тиреотропин
г) тироксин
Ответ: а

2361. ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ____ ЯИЧНИКОВ
а) отсутствие
б) поликистозное строение
в) увеличение объема
г) уменьшение объема
Ответ: а

2362. РОТТЕРДАМСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ» ВКЛЮЧАЮТ _____ ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
а) поликистозную морфологию яичников
б) наличие фолликулярной кисты
в) гиперплазию эндометрия
г) признаки эндометриоза
Ответ: а

2363. КАРИОТИП 49XXXXY ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ
а) Клайнфельтера
б) Каллмана
в) Рокитанского-Кюстнера
г) Олбрайта
Ответ: а

2364. КАРИОТИП 46XY/47XXY ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

а) Клайнфельтера
б) Ашермана
в) Шерешевского-Тернера
г) Штейна-Левенталя
Ответ: а

2365. АНОСМИЯ ПРИ СИНДРОМЕ КАЛЬМАНА ОБУСЛОВЛЕНА
а) нарушением миграции ольфакторных нейронов
б) родовой травмой
в) атрофией миндалевидных ядер
г) демиелинизацией обонятельного нерва
Ответ: а

2366. ОБНАРУЖЕНИЕ Y-ХРОМОСОМЫ У ЖЕНЩИН ВОЗМОЖНО ПРИ
а) синдроме Шерешевского-Тернера
б) врожденной дисфункции коры надпочечников
в) синдроме Ашермана
г) синдроме Рокитанского-Кюстнера
Ответ: а

2367. БЕСПЛОДИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ
а) синдроме Шерешевского-Тернера
б) синдроме Конна
в) болезни фон Гиппеля-Линдау
г) болезни Аддисона
Ответ: а

2368. БЕСПЛОДИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ
а) синдроме Клайнфельтера
б) синдроме Конна
в) болезни фон Гиппеля-Линдау
г) болезни Аддисона
Ответ: а

2369. ФЕРМЕНТ АРОМАТАЗА НЕОБХОДИМ ДЛЯ СИНТЕЗА
а) эстрогена
б) тестостерона
в) кортизола
г) прогестерона
Ответ: а

2370. ХОРИОНИЧЕСКИЙ ГОНАДОТРОПИН СОДЕРЖИТ α-СУБЪЕДИНИЦУ, ИДЕНТИЧНУЮ ТАКОВОЙ В ___ ГОРМОНЕ
а) тиреотропном
б) соматотропном
в) адренокортикотропном
г) кортикотропин-рилизинг
Ответ: а

2371. НАРУШЕНИЕ МИГРАЦИИ ОЛЬФАКТОРНЫХ И ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ НЕЙРОНОВ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ СИНДРОМА
а) Кальмана

б) Клайнфельтера
в) полиурии/полидипсии
г) Кушинга
Ответ: а

2372. ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
а) гонадотропинов
б) тиреотропина
в) кортикотропина
г) соматотропина
Ответ: а

2373. ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
а) эстрадиола
б) лютеинизирующего гормона
в) фолликулостимулирующего гормона
г) пролактина
Ответ: а

2374. ПРИ СИНДРОМЕ МОРРИСА РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО
а) нечувствительностью к андрогенам
б) аутоиммунной агрессией
в) поражением клеток гипоталамуса
г) инсулинорезистеноностью
Ответ: а

2375. ЖЕНЩИНАМ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ КАК МИНИМУМ
а) до среднего возраста естественной менопаузы
б) в течение 2 лет
в) в течение 10 лет
г) до 60 лет
Ответ: а

2376. ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩИЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) аденогипофизе
б) гиппокампе
в) гипоталамусе
г) эпифизе
Ответ: а

2377. АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ
а) овариального резерва
б) поликистоза яичников
в) гиперандрогении
г) недостаточности лютеиновой фазы
Ответ: а

2378. ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ВКЛЮЧАЮТ
а) гиперандрогению

б) гиперальдостеронизм
в) нарушение гликемии натощак
г) первичный гиперпаратиреоз
Ответ: а

2379. К ПОКАЗАНИЯМ К КАРИОТИПИРОВАНИЮ У МУЖЧИН ОТНОСЯТ ГИПОГОНАДИЗМ
а) с объемом яичек меньше 6 мл
б) с аденомой гипофиза
в) и травму яичек в анамнезе
г) и перенесенный паротит в анамнезе
Ответ: а

2380. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ОТНОСЯТСЯ
а) дермопатия, гирсутизм, нарушение менструального цикла
б) гиперпигментация кожных покровов, отеки нижних конечностей
в) ожирение, повышение артериального давления
г) низкорослость, сухость кожных покровов
Ответ: а

2381. ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
а) дермопатия (акне, жирная себорея)
б) вирилизация наружных половых органов
в) гиперпигментация кожных покровов
г) удвоение матки у девочки
Ответ: а

2382. ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) гипоталамусе
б) гонадах
в) гипофизе
г) надпочечниках
Ответ: а

2383. ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА В ГОРМОНАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) фолликулостимулирующего гормона
б) кортикотропин-рилизинг гормона
в) мелатонина
г) пролактина
Ответ: а

2384. АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) гонадах
б) гипоталамусе
в) гипофизе
г) периферических тканях
Ответ: а

2385. ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СПКЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) нарушение менструального цикла
б) вирилизация наружных половых органов
в) агенезия матки
г) низкий рост
Ответ: а

2386. ИДЕНТИЧНУЮ α-СУБЪЕДИНИЦУ СОДЕРЖАТ
а) тиреотропный и лютеинизирующий гормоны
б) пролактин и соматотропный гормоны
в) адренокортикотропный и кортикотропин-рилизинг гормоны
г) прогестерон и 17(ОН)-прогестерон
Ответ: а

2387. В ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПРЕОБРАЗОВАНИИ АНДРОГЕНОВ В ЭСТРОГЕНЫ У МУЖЧИН УЧАСТВУЕТ ФЕРМЕНТ
а) ароматаза
б) 21-гидроксилаза
в) 17 гидроксилаза
г) 5α редуктаза
Ответ: а

2388. СИНДРОМ КАЛЛМАНА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ
а) тестостерона
б) кортизола
в) тиреотропного гормона
г) альдостерона
Ответ: а

2389. ПРОБА С БУСЕРЕЛИНОМ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ
а) гипогонадотропного гипогонадизма
б) эндогенного гиперкортицизма
в) надпочечниковой недостаточности
г) врожденной дисфункции коры надпочечников
Ответ: а

2390. ДЛЯ ПЕРИОДА ПОСТМЕНОПАУЗЫ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
а) гонадотропинов
б) эстрогенов
в) ДГЭА
г) прогестерона
Ответ: а

2391. ПРОБА С КЛОМИФЕНОМ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ
а) гипогонадотропного гипогонадизма
б) эндогенного гиперкортицизма
в) надпочечниковой недостаточности
г) врожденной дисфункции коры надпочечников
Ответ: а

2392. ПОВЫШЕНИЕ КАКИХ ГОРМОНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ?

а) тестостерона, дегидроэпиандростерона
б) эстрадиола, 21-дезоксикортизола
в) кисспептина, пролактина
г) АКТГ, 17-ОН-прогестерона
Ответ: а

2393. ВНЕШНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
а) евнухоидными пропорциями тела
б) низким ростом
в) брахидактилией
г) пятнами на коже цвета «кофе с молоком»
Ответ: а

2394. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С КЛОМИФЕНОМ ЖЕНЩИНАМ С ГИПОГОНАДИЗМОМ НАЗНАЧАЕТСЯ КЛОМИФЕНА ЦИТРАТ В ТЕЧЕНИЕ ___ ДНЕЙ
а) 5
б) 2
в) 7
г) 10
Ответ: а

2395. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
а) ожирение
б) надпочечниковая недостаточность
в) гипертиреоз
г) гинекомастия
Ответ: а

2396. α-СУБЪЕДИНИЦА ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ИДЕНТИЧНА ТАКОВОЙ В
а) лютеинизирующем гормоне
б) антимюллеровом гормоне
в) плацентарном лактогене
г) ингибине В
Ответ: а

2397. К ЭНДОКРИННЫМ ПРИЧИНАМ БЕСПЛОДИЯ ОТНОСИТСЯ
а) гиперпролактинемия
б) гиперальдостеронизм
в) вторичный гиперпаратиреоз
г) нарушение гликемии натощак
Ответ: а

2398. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН ОТНОСЯТ
а) скудное лобковое и подмышечное оволосение
б) выпадение волос на теменных и лобных областей головы
в) отсутствие волос на голенях
г) очаговую алопецию
Ответ: а

2399. ИДЕНТИЧНУЮ α-СУБЪЕДИНИЦУ СОДЕРЖАТ
а) тиреотропный гормон и хорионический гонадотропин
б) люлиберин и лютеинизирующий гормон
в) фолликулостимулирующий гормон и эстрадиол
г) прогестерон и гонадотропин-рилизинг гормон
Ответ: а

2400. ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) гирсутизм
б) негроидный акантоз
в) гиперплазия эндометрия
г) увеличение клитора
Ответ: а

2401. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ФСГ ДВАЖДЫ С ИНТЕРВАЛОМ НЕ МЕНЕЕ (В НЕДЕЛЯХ)
а) 4
б) 2
в) 6
г) 8
Ответ: а

2402. ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
а) гонадотропин-рилизинг гормона
б) адренокортикотропный гормона
в) тиреотропного гормона
г) соматолиберина
Ответ: а

2403. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН ОТНОСЯТ
а) объем яичек меньше 6 мл
б) низкий рост
в) алопецию
г) гиперпигментацию кожных покровов
Ответ: а

2404. ГОНАДОТРОПНЫЕ ГОРМОНЫ ГИПОФИЗА ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ
а) гликопротеинов
б) производных тирозина
в) белковых гормонов
г) стероидных гормонов
Ответ: а

2405. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ
а) пролактина
б) кариотипа
в) печеночных ферментов
г) креатинина

Ответ: а

2406. ЛАБОРАТОРНАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ

а) андростендиона, тестостерона
б) 17-ОН-прогестерона, 21-дезоксикортизола
в) ФСГ, пролактина
г) АКТГ, кортизола

Ответ: а

2407. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а) повышением гонадотропинов и низким эстрадиолом
б) сниженными гонадотропинами и высоким эстрадиолом
в) снижением ЛГ при нормальном уровне эстрадиола
г) снижением ФСГ при повышенном уровне тестостерона

Ответ: а

2408. К ЭНДОКРИННЫМ ПРИЧИНАМ БЕСПЛОДИЯ ОТНОСИТСЯ

а) пангипопитуитаризм
б) узловой эутиреоидный зоб
в) первичный гиперпаратиреоз
г) послеоперационный гипопаратиреоз

Ответ: а

2409. ФЕРМЕНТ 5α -РЕДУКТАЗА НЕОБХОДИМ ДЛЯ СИНТЕЗА

а) дигидротестостерона
б) альдостерона
в) 17-гидроксипрогестерона
г) дегидроэпиандростерона

Ответ: а

2410. К ФАКТОРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ОТНОСЯТ

а) гипертиреоз
б) сахарный диабет 2 типа
в) ожирение
г) акромегалию

Ответ: а

2411. ФЕРМЕНТ АРОМАТАЗА НЕОБХОДИМ ДЛЯ СИНТЕЗА

а) эстрадиола
б) тестостерона
в) андростендиона
г) кортизола

Ответ: а

2412. ФЕРМЕНТ 5α-РЕДУКТАЗА НЕОБХОДИМ ДЛЯ СИНТЕЗА

а) дигидротестостерона
б) тестостерона
в) андростендиона
г) кортикостерона

Ответ: а

2413. ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

а) фолликулостимулирующего гормона
б) антимюллерова гормона
в) эстрадиола
г) пролактина

Ответ: а

2414. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ГИРСУТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

а) Ферримана
б) Апгар
в) Прадера
г) Бека

Ответ: а

2415. К ГОРМОНАМ, СЕКРЕТИРУЕМЫМ ЯИЧНИКАМИ, ОТНОСИТСЯ

а) ингибин В
б) гонадолиберин
в) кисспептин
г) пролактин

Ответ: а

2416. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ГИПОГОНАДИЗМ» СНИЖЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО ХОТЯ БЫ ____ РАЗ/РАЗА

а) 2
б) 1
в) 3
г) 4

Ответ: а

2417. ГИПОГОНАДИЗМ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ, ПО УРОВНЮ ПОРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) смешанным
б) первичным
в) вторичным
г) обусловленным резистентностью органов-мишеней

Ответ: а

2418. ПРЕВРАЩЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ДИГИДРОТЕСТОСТЕРОН ПРОИСХОДИТ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФЕРМЕНТА

а) 5-альфа-редуктазы
б) 21-гидроксилазы
в) 17,20 - лиазы
г) 3-бета-гидростероиддегидрогеназы

Ответ: а

2419. ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДОВАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) врожденной дисфункции коры надпочечников
б) феохромоцитомы
в) гиперпаратиреоза

г) первичного гиперальдостеронизма
Ответ: а

2420. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ ТЕСТОСТЕРОНА ОТНОСИТСЯ
а) стимуляция анаболизма в скелетной и сердечной мускулатуре
б) угнетение эритропоэза
в) стимуляция катаболизма белка
г) резорбция костной ткани
Ответ: а

2421. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ А2 ПРИВОДИТ К 46,XY НАРУШЕНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ВСЛЕДСТВИЕ
а) дефицита дигидротестостерона
б) нечувствительности к андрогенам
в) избыточной продукции андрогенов
г) нарушения дифференцировки гонад по мужскому типу
Ответ: а

2422. У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21 ГИДРОКСИЛАЗЫ , ОБНАРУЖИВАЮТ _____ УРОВЕНЬ _____
а) повышенный; андрогенов
б) повышенный; эстрогенов
в) сниженный; андрогенов
г) повышенный; гонадотропинов
Ответ: а

2423. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА С АНТИЭСТРОГЕНАМИ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ГИПОГОНАДИЗМЕ
а) нормогонадотропном
б) гипергонадотропном
в) гипогонадотропном
г) гиперпролактинемическом
Ответ: а

2424. ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ОБУСЛОВЛЕН
а) дефектом чувствительности к андрогенам
б) внутриутробным дефицитом андрогенов
в) внутриутробным дефицитом дигидротестостерона
г) внутриутробным избытком эстрогенов
Ответ: а

2425. ВРОЖДЁННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛОВЛЕНА НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
а) 21-гидроксилазы
б) 17,20-лиазы
в) 3-бета-гидростероидредуктазы
г) десмолазы
Ответ: а

2426. НАЛИЧИЕ Y-ХРОМОСОМЫ У ЖЕНЩИН ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
а) синдроме тестикулярной феминизации
б) врожденной дисфункции коры надпочечников

в) синдроме поликистозных яичников
г) синдроме резистентных яичников
Ответ: а

2427. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОТСУТСТВИЕ МАТКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
а) синдроме Рокитанского-Кюстнера
б) синдроме Шерешевского-Тернера
в) синдроме Каллмана
г) дисгенезии гонад
Ответ: а

2428. ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДОВАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ
а) синдрома поликистозных яичников
б) синдрома резистентных яичников
в) синдрома «пустого» турецкого седла
г) преждевременной недостаточности яичников
Ответ: а

2429. К СМЕШАННОМУ ГИПОГОНАДИЗМУ ОТНОСИТСЯ
а) возрастной гипогонадизм
б) синдром «фертильного евнуха»
в) анорхизм
г) гиперпролактинемический гипогонадизм
Ответ: а

2430. ЭНДОКРИННОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОБУСЛОВЛЕНО
а) хронической ановуляцией
б) непроходимостью маточных труб
в) хроническим эндометритом
г) спаечным процессом в малом тазу
Ответ: а

2431. ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
а) синдрома поликистозных яичников
б) врожденной дисфункции коры надпочечников
в) синдрома Шерешевского-Тернера
г) синдрома резистентных яичников
Ответ: а

2432. К ГОРМОНАМ, СЕКРЕТИРУЕМЫМ ЯИЧНИКАМИ, ОТНОСИТСЯ
а) андростендион
б) 17-ОН-прогестерон
в) кисспептин
г) кортикостерон
Ответ: а

2433. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ИМЕЕТ _____ ГЕНЕЗ
а) яичниковый

б) надпочечниковый
в) гипофизарный
г) гипоталамический
Ответ: а

2434. К ГОРМОНАМ, СЕКРЕТИРУЕМЫМ ЯИЧНИКАМИ, ОТНОСИТСЯ
а) прогестерон
б) прегненолон
в) 17-ОН-прогестерон
г) кортикостерон
Ответ: а

2435. ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДОВАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ
а) андростеромы
б) инсулиномы
в) феохромоцитомы
г) гастриномы
Ответ: а

2436. НАЛИЧИЕ Y-ХРОМОСОМЫ В КАРИОТИПЕ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К
а) гонадэктомии
б) заместительной гормональной терапии
в) терапии антиэстрогенами
г) смене пола
Ответ: а

2437. ПОСЛЕ 30 ЛЕТ УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА СНИЖАЕТСЯ В СРЕДНЕМ НА _____% В ГОД
а) 0,4-2
б) 0,1-0,2
в) 2-5
г) 0,2-0,4
Ответ: а

2438. У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МОРРИСА ВЫЯВЛЯЮТ
а) нормальные уровни гонадотропинов и повышенный или нормальный уровень тестостерона
б) сниженные уровни гонадотропинов и тестостерона
в) повышенный уровень гонадотропинов и сниженный уровень тестостерона
г) повышенные уровни гонадотропинов и сниженный уровень дигидротестостерона
Ответ: а

2439. ГИНЕКОМАСТИЯ НА ФОНЕ СИНДРОМА «ВОЗОБНОВЛЕННОГО КОРМЛЕНИЯ» В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ
а) самостоятельно проходит через 1-2 года
б) требует хирургического лечения гинекомастии
в) требует медикаментозного лечения гинекомастии
г) требует добавления тестостерона
Ответ: а

2440. МОНОГЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА С Х-СЦЕПЛЕННЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

а) тестикулярной феминизации
б) персистенции Мюллерова протока
в) Свайера
г) Шерешевского – Тернера

Ответ: а

2441. ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДОВАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

а) гиперкортицизма
б) гиперпаратиреоза
в) гиперальдостеронизма
г) гипергликемии

Ответ: а

2442. ГИПОГОНАДИЗМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОРХИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

а) первичным
б) вторичным
в) третичным
г) смешанным

Ответ: а

2443. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ С ДАЛЬНЕЙШИМ РАСЧЕТОМ СВОБОДНОГО ТЕСТОСТЕРОНА, ПОКАЗАН ПРИ УРОВНЕ ОБЩЕГО ТЕСТОСТЕРОНА (В НМОЛЬ/Л)

а) от 8 до 12
б) менее 8
в) 10-14
г) 12-16

Ответ: а

2444. ПРЕВРАЩЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ЭСТРАДИОЛ ПРОИСХОДИТ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФЕРМЕНТА

а) ароматазы
б) 5-альфа-редуктазы
в) 17-бета-гидростероиддегидрогеназы
г) 11-бета-гидростероиддегидрогеназы

Ответ: а

2445. СИНДРОМ «ФЕРТИЛЬНОГО ЕВНУХА» ПРИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КАК ИЗОЛИРОВАННЫЙ

а) дефицит ЛГ
б) дефицит ФСГ
в) подъем ЛГ
г) подъем ФСГ

Ответ: а

2446. ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

а) позднее начало лечения крипторхизма

б) облучение гипофиза
в) резистентность рецепторов к андрогенам
г) синдром Каллмана
Ответ: а

2447. ИНГИБИН В ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ КЛЕТКАМИ
а) Сертоли
б) Лейдига
в) предстательной железы
г) придатка яичка
Ответ: а

2448. ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ ОБУСЛОВЛЕН
а) дефицитом АМГ или нарушенной чувствительностью к АМГ
б) внутриутробным дефицитом андрогенов или нарушением чувствительности к ним
в) внутриутробным избытком АМГ
г) опухолью тестикул
Ответ: а

2449. ПРОГЕСТЕРОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В
а) желтом теле яичника
б) тека клетках яичников
в) эндометрии
г) гипофизе
Ответ: а

2450. ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ГИРСУТИЗМА ПО ШКАЛЕ ФЕРРИМАНА-ГАЛВЕЯ ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ ЗАВИСИТ ОТ
а) национальности
б) возраста
в) роста
г) веса
Ответ: а

2451. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГОНАДОТРОПИНОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
а) синдроме Шиена
б) синдроме Шерешевского-Тернера
в) преждевременной недостаточности яичников
г) синдроме поликистозных яичников
Ответ: а

2452. СПОСОБНОСТЬЮ К БЫСТРОМУ ИНГИБИРОВАНИЮ СЕКРЕЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ ОБЛАДАЮТ
а) антагонисты ГнРг
б) агонисты ГнРг
в) эстрогены
г) глюкокортикоиды
Ответ: а

2453. К КОМБИНИРОВАННЫМ ОРАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ, В СОСТАВЕ КОТОРОГО СОДЕРЖИТСЯ

а) этинилстрадиол 30 мкг+ дроспиренон 3 мг
б) 17β-эстрадиол 2 мг + дидрогестерон 10 мг
в) 17β-эстрадиол 1 мг + дроспиренон 2 мг
г) эстрадиола валерат 2 мг + ципротерона ацетат 2 мг

Ответ: а

2454. ДЛЯ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ ВЫБОРА КОНТРАЦЕПЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а) внутриматочная система с левоноргестрелом
б) вагинальное гормональное кольцо
в) низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы
г) пероральные прогестагеновые препараты

Ответ: а

2455. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ГИРСУТИЗМЕ И АКНЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

а) комбинированные гормональные контрацептивы
б) бигуаниды
в) антиандрогены
г) препараты для стимуляции овуляции

Ответ: а

2456. ЦЕЛЬЮ МОНОТЕРАПИИ ПРОГЕСТАГЕНАМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКА

а) гиперпластических процессов эндометрия
б) рака яичников
в) генитоуринарного синдрома
г) вазомоторных симптомов

Ответ: а

2457. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) рак эндометрия
б) миома матки
в) фиброзно-кистозная мастопатия
г) опущение стенок влагалища

Ответ: а

2458. В КАЧЕСТВЕ АНТИАНДРОГЕНА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

а) спиронолактон
б) эплеренон
в) кетоконазол
г) инозитол

Ответ: а

2459. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА КОСТНО-МЫШЕЧНУЮ СИСТЕМУ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В

а) профилактике остеопороза
б) восполнении дефицита витамина D
в) лечении гипопаратиреоза
г) профилактике гипокальциемии
Ответ: а

2460. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ АНОВУЛЯТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
а) кломифен
б) агонист гонадотропин-рилизинг гормона
в) метформин
г) антагонист гонадотропин-рилизинг гормона
Ответ: а

2461. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) острый тромбоз глубоких вен
б) двусторонняя овариэктомия
в) снижение функции почек
г) нарушение сна
Ответ: а

2462. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ, В СОСТАВЕ КОТОРОГО СОДЕРЖИТСЯ
а) 17β-эстрадиол + дроспиренон
б) эстрадиола валерат + диеногест
в) 17β-эстрадиол + номегестрола ацетат
г) этинилэстрадиол + дроспиренон
Ответ: а

2463. ПРИ НЕКОТОРЫХ РАССТРОЙСТВАХ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИЛИВОВ
а) трансдермально
б) перорально
в) местно (вагинально)
г) подкожно (имплант)
Ответ: а

2464. МЕТОДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ, ПРИ КОТОРОМ НЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ, ДЛЯ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ 20 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
а) барьерных методов контрацепции
б) комбинированных оральных контрацептивов
в) пероральных прогестагеновых препаратов
г) комбинированных гормональных контрацептивных пластырей
Ответ: а

2465. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ АНАЛИЗ КРОВИ НА
а) глюкозу
б) кальций

в) мочевину
г) железо
Ответ: а

2466. ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) восстановление овуляторного менструального цикла
б) предупреждение развития надпочечниковой недостаточности
в) достижение нормопролактинемии
г) подавление уровня гонадотропинов
Ответ: а

2467. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОКАУТЕРИЗАЦИЯ ЯИЧНИКОВ) ПОКАЗАНО С ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ
а) ановуляторного бесплодия
б) гиперандрогении
в) ожирения
г) гирсутизма
Ответ: а

2468. ИЗ ГРУППЫ ПРОГЕСТИНОВ АНТИМИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
а) дроспиренон
б) диеногест
в) дезогестрел
г) левоноргестрел
Ответ: а

2469. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, В СОСТАВЕ КОТОРЫХ СОДЕРЖАТСЯ ГЕСТАГЕНЫ С _____ ДЕЙСТВИЕМ
а) антиандрогенным
б) антиэстрогенным
в) глюкокортикоидным
г) антиминералкортикоидным
Ответ: а

2470. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ
а) преждевременная недостаточность яичников
б) фиброзно-кистозная мастопатия
в) гиперпролактинемия
г) гиперплазия эндометрия
Ответ: а

2471. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ
а) тяжелая дисфункция печени
б) язвенная болезнь желудка
в) дискинезия желчевыводящих путей

г) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
Ответ: а

2472. ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ДЛЯ НАЧАЛА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) получение информированного согласия
б) возраст старше 35 лет
в) отсутствие супруга и детей
г) психотерапия в течение 12 месяцев
Ответ: а

2473. МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНОМ У МУЖЧИН ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ В КРОВИ
а) гемоглобина, гематокрита
б) АЛТ, АСТ
в) креатинина
г) кальция
Ответ: а

2474. ПАЦИЕНТАМ, ПЛАНИРУЮЩИМ СМЕНУ ЖЕНСКОГО ПОЛА НА МУЖСКОЙ, ДО ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА С ЦЕЛЬЮ ПРЕКРАЩЕНИЯ МЕНСТРУАЦИЙ ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
а) аналогов гонадотропин-рилизинг гормона
б) антиандрогенов
в) ингибиторов ароматазы
г) селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов
Ответ: а

2475. ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА У ТРАНСГЕНДЕРНЫХ МУЖЧИН ПРИВОДИТ К
а) росту волос на лице
б) гиперпигментации кожи
в) гиперплазии эндометрия
г) увеличению массы жировой ткани
Ответ: а

2476. ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ТРАНСГЕНДЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) 12 месяцев непрерывной гормональной терапии
б) наличие маточного кровотечения
в) наличие родов в анамнезе
г) отсутствие менструаций в течение 6 месяцев
Ответ: а

2477. В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ ПРИ МОНОТЕРАПИИ ПРОГЕСТАГЕНАМИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) дидрогестерон
б) дроспиренон
в) диеногест
г) дезогестрел
Ответ: а

2478. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СО СТОРОНЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

а) рак молочной железы
б) фиброаденома молочной железы
в) фиброзно-кистозная мастопатия
г) лактационный мастит в анамнезе

Ответ: а

2479. ЖЕНЩИНАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ИЛИ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С НЕФРОПАТИЕЙ, ЕСЛИ ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА ПРЕВОСХОДИТ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ДОКАЗАННЫЕ РИСКИ, В КАЧЕСТВЕ КОНТРАЦЕПЦИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

а) пероральных прогестагенных препаратов
б) комбинированных гормональных контрацептивных пластырей
в) комбинированных оральных контрацептивов
г) комбинированного гормонального инъекционного контрацептива

Ответ: а

2480. ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА У ТРАНСГЕНДЕРНЫХ МУЖЧИН ПРИВОДИТ К

а) огрубению голоса
б) уменьшению массы мышечной ткани
в) увеличению массы жировой ткани
г) снижению либидо

Ответ: а

2481. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ГИПОГОНАДИЗМЕ У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ

а) необходимость репродуктивной реабилитации
б) гипопитуитаризм
в) индекс массы тела более 35 кг/м^2
г) сахарный диабет 2 типа

Ответ: а

2482. С ЦЕЛЬЮ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ, СОДЕРЖАЩИЙ

а) эстрадиола валерат + диеногест
б) 17β-эстрадиол + дроспиренон
в) Эстрадиола валерат + ципротерона ацетат
г) 17β-эстрадиол + дидрогестерон

Ответ: а

2483. ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА У ТРАНСГЕНДЕРНЫХ МУЖЧИН ПРИВОДИТ К

а) снижению фертильности
б) гиперпигментации кожи
в) гиперплазии эндометрия
г) уменьшению массы мышечной ткани

Ответ: а

2484. ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ЭСТРОГЕНОВ ПОКАЗАНО ПРИ

а) сухости во влагалище
б) стрессовом недержании мочи

в) раке эндометрия в анамнезе
г) миоме матки
Ответ: а

2485. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ОТНОСИТСЯ
а) тромбоз глубоких вен
б) первичный гипотиреоз
в) надпочечниковая недостаточность
г) язвенная болезнь желудка
Ответ: а

2486. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ГЕСТАГЕНОВ ОБЛАДАЕТ АНТИАНДРОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ?
а) ципротерона ацетат
б) гестоден
в) дезогестрел
г) левоноргестрел
Ответ: а

2487. У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, В ТОМ ЧИСЛЕ В АНАМНЕЗЕ, КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ
а) сахарном диабете 2 типа в сочетании с ретинопатией
б) гестационном сахарном диабете в анамнезе
в) сахарном диабете 1 типа без сосудистых осложнений
г) сахарном диабете 2 типа без сосудистых осложнений
Ответ: а

2488. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
а) левоноргестрел 1,5 мг
б) норгестимат 0,25 мг
в) ципротерона ацетат 2 мг
г) дезогестрел 0,15 мг
Ответ: а

2489. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ
а) вазомоторные симптомы
б) высокий сердечно-сосудистый риск
в) ожирение или избыточная масса тела
г) варикозное расширение вен нижних конечностей
Ответ: а

2490. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ
а) этинилэстрадиол + ципротерон ацетат
б) дидрогестерон 10 мг
в) 17β-эстрадиол 1 мг + дидрогестерон 5 мг
г) эстрадиола валерат 2 мг
Ответ: а

2491. ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ОВАРИЭКТОМИИ У ТРАНСГЕНДЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

а) 12 месяцев непрерывной гормональной терапии
б) наличие родов в анамнезе
в) отсутствие менструаций в течение 6 месяцев
г) лабораторно подтвержденный гипогонадизм

Ответ: а

2492. ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ С БЕССИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ

а) 6
б) 3
в) 8
г) 12

Ответ: а

2493. ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА У ТРАНСГЕНДЕРНЫХ МУЖЧИН ПРИВОДИТ К

а) увеличение мышечной массы
б) снижению либидо
в) гиперпигментации кожи
г) гиперплазии эндометрия

Ответ: а

2494. ПОКАЗАНИЕМ К ОТМЕНЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПЛАНИРУЕМОЕ

а) хирургическое вмешательство
б) проведение компьютерной томографии с введением контраста
в) проведение сцинтиграфии щитовидной железы
г) удаление зуба

Ответ: а

2495. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ МЕТФОРМИН ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

а) коррекции метаболических осложнений
б) снижения аппетита
в) лечения ожирения
г) лечения гирсутизма

Ответ: а

2496. МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ ПРОВОДИТСЯ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ

а) гистерэктомия (не по поводу эндометриоза)
б) двусторонней овариэктомии
в) мастэктомии
г) односторонней овариэктомии

Ответ: а

2497. ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА У ТРАНСГЕНДЕРНЫХ МУЖЧИН ПРИВОДИТ К

а) уменьшению жировой ткани
б) снижению либидо
в) гиперпигментации кожи
г) гиперплазии эндометрия
Ответ: а

2498. МИНИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НЕПРЕРЫВНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СООТВЕТСТВИИ С ГЕНДЕРНЫМИ ЦЕЛЯМИ ПАЦИЕНТА ДО ПРОВЕДЕНИЯ ОРХИ/ОВАРИЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)
а) 6
б) 12
в) 18
г) 24
Ответ: а

2499. ПРОГЕСТАГЕНОМ, ВХОДЯЩИМ В СОСТАВ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ПРОИЗВОДНЫМ СПИРОНОЛАКТОНА ЯВЛЯЕТСЯ
а) дроспиренон
б) хлормадинона ацетат
в) норэтистерон
г) левоноргестрел
Ответ: а

2500. ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ МУЖЧИН ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
а) тестостерона
б) прогестерона
в) антиэстрогенов
г) эстрогенов
Ответ: а

2501. В СОСТАВ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КАЧЕСТВЕ ПРОГЕСТАГЕННОГО КОМПОНЕНТА ВХОДИТ
а) дидрогестерон
б) дезогестрел
в) гестоден
г) норгестрел
Ответ: а

2502. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРЕПАРАТА КЛАЙРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ПРЕПАРАТА
а) динамический
б) пролонгированный
в) двухфазный
г) трехфазный
Ответ: а

2503. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕНОПАУЗАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, ВКЛЮЧАЕТ
а) УЗИ органов малого таза
б) МРТ головного мозга

в) анализ крови на гонадотропины
г) УЗИ молочных желез
Ответ: а

2504. К ГОРМОНАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСИТСЯ
а) инсулиноподобный фактор роста - 1
б) пролактин
в) тиреотропный гормон
г) паратгормон
Ответ: а

2505. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ
а) эректильная дисфункция
б) гипогликемия
в) гиперкальциемия
г) гиперальдостеронизм
Ответ: а

2506. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ
а) нарушение сперматогенеза
б) гипогликемия
в) гиперкальциемия
г) гиперальдостеронизм
Ответ: а

2507. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕНОПАУЗАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, ВКЛЮЧАЕТ
а) онкоцитологию шейки матки
б) кольпоскопию
в) исследование ЛГ, ФСГ крови
г) исследование уровня пролактина
Ответ: а

2508. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
а) коррекция нутрицитарного дефицита, когнитивно-поведенческая терапия
б) назначение комбинированных оральных контрацептивов
в) назначение заместительной гормональной терапии
г) назначение препаратов прогестерона
Ответ: а

2509. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ГОРМОНА РОСТА В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА У СПОРТСМЕНОВ ОТНОСЯТ
а) отеки
б) гипогликемию
в) гиперкальциемию
г) снижение артериального давления
Ответ: а

2510. К ГОРМОНАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСИТСЯ

а) инсулин
б) пролактин
в) тиреотропный гормон
г) паратгормон

Ответ: а

2511. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ ОТНОСИТСЯ

а) алопеция
б) гипогликемия
в) гиперкальциемия
г) гиперальдостеронизм

Ответ: а

2512. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРАМ ИМЕЕТСЯ УМЕРЕННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ

а) артериальной гипертензии
б) аутоиммунного тиреоидита
в) надпочечниковой недостаточности
г) почечной недостаточности

Ответ: а

2513. ВНУТРИМАТОЧНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МИРЕНА В СВОЕМ СОСТАВЕ СОДЕРЖИТ

а) левоноргестрел
б) дроспиренон
в) норгестрел
г) гестоден

Ответ: а

2514. ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ ФАКТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МИКРОПРОЛАКТИНОМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА, РЕКОМЕНДОВАНО

а) отменить лечение
б) продолжение терапии в прежней дозе
в) увеличение дозы препарата
г) уменьшение дозы препарата

Ответ: а

2515. НАИМЕНЬШАЯ ДОЗА ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА СОДЕРЖИТСЯ В ПРЕПАРАТЕ

а) джес
б) ярина
в) регулон
г) жанин

Ответ: а

2516. ПАЦИЕНТКАМ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА С МОЗАИЧНЫМ КАРИОТИПОМ, СОДЕРЖАЩИМ Y ХРОМОСОМУ ИЛИ ЕЕ МАРКЕР, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

а) гонадэктомия
б) лучевая терапия гонад

в) терапия препаратами гонадотропинов
г) исследование онкомаркеров
Ответ: а

2517. К ГОРМОНАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСИТСЯ
а) гормон роста
б) пролактин
в) тиреотропный гормон
г) паратгормон
Ответ: а

2518. ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ГЛОБУЛИНА СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ СПОСОБСТВУЕТ ПРИЕМ
а) антиконвульсантов
б) глюкокортикоидов
в) прогестинов
г) андрогенов
Ответ: а

2519. К КОМБИНИРОВАННЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ ОТНОСИТСЯ
а) новаринг
б) мирена
в) утрожестан
г) фемостон
Ответ: а

2520. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ЖЕНЩИНАМ ИМЕЕТСЯ УМЕРЕННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА
а) молочных желез
б) шейки матки
в) тела матки
г) яичников
Ответ: а

2521. ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ПРИМЕНЯЮТСЯ
а) низкие дозы эстрогенов
б) высокие дозы эстрогенов
в) препараты гонадотропинов
г) антиэстрогены
Ответ: а

2522. ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОМ ГИПОГОНАДИЗМЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО
а) лечение гиперпролактинемии
б) назначение тестостерона
в) назначение гонадотропинов
г) проведение коррекции образа жизни
Ответ: а

2523. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ВОСПОЛНЕНИЯ НУТРИЦИТАРНОГО ДЕФИЦИТА И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОЛАТАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

а) эстрогенов и циклических прогестинов
б) этинилэстрадиола
в) комбинированных оральных контрацептивов
г) препаратов прогестерона

Ответ: а

2524. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКОРОСЛОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

а) рекомбинантный гормон роста
б) низкие дозы эстрадиола
в) аналоги соматостатина
г) селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов

Ответ: а

2525. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МАСКУЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ МУЖЧИНАМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) нестабильная стенокардия
б) сахарный диабет 2 типа
в) инциденталома гипофиза
г) железодефицитная анемия

Ответ: а

2526. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ОТМЕНЫ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОПРОЛАКТИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

а) беременность
б) резистентность к лечению
в) увеличение массы тела
г) битемпоральная гемианопсия

Ответ: а

2527. К ГОРМОНАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСИТСЯ

а) эритропоэтин
б) вазопрессин
в) окситоцин
г) тиреолиберин

Ответ: а

2528. СХЕМЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЖЕНЩИН ПОМИМО ПРЕПАРАТОВ ЭСТРОГЕНА МОГУТ ВКЛЮЧАТЬ

а) агонисты гонадолиберина
б) агонисты дофаминовых рецепторов
в) гормон роста
г) модуляторы эстрогеновых рецепторов

Ответ: а

2529. В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

а) монотерапии прогестагенами
б) монотерапии эстрогенами
в) терапии антиэстрогенами
г) терапии антиандрогенами
Ответ: а

2530. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МАСКУЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ МУЖЧИНАМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) полицитемия с гематокритом выше 55%
б) сахарный диабет 2 типа
в) инциденталома гипофиза
г) железодефицитная анемия
Ответ: а

2531. СХЕМЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЖЕНЩИН ПОМИМО ПРЕПАРАТОВ ЭСТРОГЕНА МОГУТ ВКЛЮЧАТЬ
а) ципротерона ацетат
б) каберголин
в) гормон роста
г) тамоксифен
Ответ: а

2532. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРЕПАРАТА ДЖЕС ЯВЛЯЕТСЯ РЕЖИМ ПРИЕМА ПО СХЕМЕ
а) 24+4
б) 21+7
в) 16+16
г) 20+8
Ответ: а

2533. К ПРЕПАРАТАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСЯТСЯ
а) анаболические андрогенные стероиды
б) гонадотропины
в) агонисты рецепторов дофамина
г) аналоги соматостатина
Ответ: а

2534. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ У ЖЕНЩИН ОТНОСИТСЯ
а) нарушение менструального цикла
б) лактorея
в) гиперкальциемия
г) гиперальдостеронизм
Ответ: а

2535. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ ТРАНСГЕНДЕРАМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) венозная тромбоэмболия в анамнезе
б) сахарный диабет 2 типа
в) гиперпролактинемия
г) железодефицитная анемия

Ответ: а

2536. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ГОРМОНА РОСТА В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА У СПОРТСМЕНОВ ОТНОСЯТ

а) потливость
б) гипогликемию
в) снижение артериального давление
г) высыпания в месте инъекций

Ответ: а

2537. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РОСТА ОПУХОЛИ У ПАЦИЕНТКИ С ПРОЛАКТИНОМОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОКАЗАНО

а) возобновление медикаментозной терапии агонистами дофамина
б) проведение лучевой терапии
в) прерывание беременности
г) назначение аналогов соматостатина

Ответ: а

2538. ФЛУТАМИД ОТНОСИТСЯ К

а) антагонистам андрогеновых рецепторов
б) агонистам эстрогеновых рецепторов
в) агонистам андрогеновых рецепторов
г) антагонистам эстрогеновых рецепторов

Ответ: а

2539. ИНДУКЦИЯ ОВУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕЙ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ (В КГ/М^2)

а) 18,5
б) 19
в) 20
г) 21

Ответ: а

2540. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ЖЕНЩИНАМ ИМЕЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ

а) венозной тромбоэмболии
б) рака матки
в) сахарного диабета 2 типа
г) эритроцитоза

Ответ: а

2541. КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫ С СВОЕМ СОСТАВЕ СОДЕРЖАТ

а) гестаген
б) антиэстроген
в) антипрогестаген
г) аналог гонадотропин-рилизинг гормона

Ответ: а

2542. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРЕПАРАТА КЛАЙРА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЖИМ ПРИЕМА ПО СХЕМЕ

а) 26+2
б) 21+7
в) 24+4
г) 20+8
Ответ: а

2543. К ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЯМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ ОТНОСИТСЯ
а) гинекомастия
б) гипогликемия
в) гиперкальциемия
г) гиперальдостеронизм
Ответ: а

2544. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕНОПАУЗАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, ВКЛЮЧАЕТ
а) маммографию
б) УЗИ молочных желез
в) рентген турецкого седла
г) МРТ гипофиза
Ответ: а

2545. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ПРОЛАКТИНОМАМИ ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИХ О РОСТЕ ОПУХОЛИ, РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ
а) МРТ головного мозга
б) срочного родоразрешения
в) КТ головного мозга
г) срочной аденомэктомии
Ответ: а

2546. ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ОРХИЭКТОМИИ У ТРАНСГЕНДЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
а) 12 месяцев непрерывной гормональной терапии
б) лабораторно подтвержденный гипогонадизм
в) снижение либидо/половая дисфункция
г) наличие 2 и более детей
Ответ: а

2547. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ ТРАНСГЕНДЕРАМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) терминальная стадия печеночной недостаточности
б) сахарный диабет 2 типа
в) инциденталома гипофиза
г) железодефицитная анемия
Ответ: а

2548. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ГОРМОНА РОСТА В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА У СПОРТСМЕНОВ ОТНОСИТСЯ
а) артралгия
б) гипогликемия
в) гиперкальциемия

г) гиперальдостеронизм
Ответ: а

2549. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МАСКУЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНОМ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ МУЖЧИНАМ ИМЕЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ
а) эритроцитоза
б) венозной тромбоэмболии
в) сахарного диабета 2 типа
г) гиперпролактинемии
Ответ: а

2550. К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ГОРМОНА РОСТА В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА У СПОРТСМЕНОВ ОТНОСИТСЯ
а) миалгия
б) гипогликемия
в) гиперкальциемия
г) снижение либидо
Ответ: а

2551. КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВНЫ С СВОЕМ СОСТАВЕ СОДЕРЖАТ
а) эстрогены
б) хорионический гонадотропин
в) антиэстрогены
г) аналоги гонадотропин-рилизинг гормона
Ответ: а

2552. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ТЕРАПИИ ГОНАДОТРОПИНАМИ ВОЗМОЖНО У ПАЦИЕНТОВ С
а) вторичным гипогонадизмом
б) синдромом клайнфельтера
в) крипторхизмом
г) облучением яичек в анамнезе
Ответ: а

2553. ТЕРАПИЯ ТЕСТОСТЕРОНОМ ТРЕБУЕТ ОТМЕНЫ ИЛИ СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ ПРИ УРОВНЕ ГЕМАТОКРИТА БОЛЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 54
б) 50
в) 52
г) 48
Ответ: а

2554. МЕТИЛТЕСТОСТЕРОН – АЛКИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ТЕСТОСТЕРОНА, РАЗРАБОТАННЫЙ ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ, В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СВЯЗИ С
а) гепатотоксичностью
б) нефротоксичностью
в) ототоксичностью
г) кардиотоксичностью
Ответ: а

2555. ПРИЧИНОЙ ОПЕРАТИВНОГО УДАЛЕНИЯ ТЕСТИКУЛ ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

а) гонадобластомы
б) кортикотропиномы
в) гонадотропиномы
г) кортикостеромы

Ответ: а

2556. НА ФОНЕ АНДРОГЕННОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОСТАТЫ ПОКАЗАНО МУЖЧИНАМ СТАРШЕ ___ ЛЕТ

а) 40
б) 30
в) 35
г) 45

Ответ: а

2557. ВОЗНИКНОВЕНИЕ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНДРОГЕНАМИ ОТЕКОВ ЧАЩЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

а) передозировке
б) индивидуальной непереносимости
в) естественной адаптации
г) слишком медленном повышении концентрации тестостерона

Ответ: а

2558. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

а) симптомы генитоуринарного синдрома
б) фиброзно-кистозную мастопатию
в) гиперпролактинемию
г) гиперплазию эндометрия

Ответ: а

2559. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ АНТИАНДРОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

а) ципротерона ацетат
б) дроспиренон
в) диеногест
г) хлормадинона ацетат

Ответ: а

2560. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ГОНАДЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ

а) Y хромосомы в кариотипе
б) делеции длинного плеча 22-й хромосомы
в) удвоения 15-й хромосомы
г) делеции длинного плеча 11-й хромосомы

Ответ: а

2561. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ В КОМБИНАЦИИ С

а) дроспиреноном
б) левоноргестрелом
в) норгестиматом

г) норэтистероном
Ответ: а

2562. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ГИРСУТИЗМЕ И АКНЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
а) этинилэстрадиол+дроспиренон
б) метформин
в) спиронолактон
г) кломифена цитрат
Ответ: а

2563. В КАЧЕСТВЕ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ КУПИРОВАНИЯ ТОЛЬКО СИМПТОМОВ ГЕНИТОУРИНАРНОГО СИНДРОМА РЕКОМЕНДОВАНО ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ
а) локальной терапии эстрогенами
б) монотерапии прогестагенами
в) пероральному применению эстрогенов
г) комбинированной эстроген-гестагенной терапии
Ответ: а

2564. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА ОТНОСИТСЯ
а) эритроцитоз
б) лейкопения
в) тромбоцитопения
г) тромбоцитоз
Ответ: а

2565. К ПРЕПАРАТАМ ИЗ ГРУППЫ АНТИЭСТРОГЕНОВ ОТНОСИТСЯ
а) кломифен
б) гонадорелин
в) урофоллитропин
г) флутамид
Ответ: а

2566. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН СРЕДНЯЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА ХГЧ СОСТАВЛЯЕТ (В ЕД)
а) 1000-3000
б) 500-800
в) 3000-5000
г) 5000-8000
Ответ: а

2567. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ ДРОСПИРЕНОНА ОТ ДРУГИХ ГЕСТАГЕНОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ____ ЭФФЕКТА
а) антиминералокортикоидного
б) андрогенного
в) антиэстрогенного
г) глюкокортикоидного
Ответ: а

2568. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН ПЕРВОЕ КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ

а) 1-3 месяца
б) 2-3 недели
в) 5-7 дней
г) 3-6 месяцев

Ответ: а

2569. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН С ГИПОГОНАДИЗМОМ ОТНОСИТСЯ

а) рак предстательной железы
б) сахарный диабет 2 типа
в) аутоиммунный тиреоидит
г) первичная надпочечниковая недостаточность

Ответ: а

2570. ПРИ ВЫБОРЕ ЖЕНСКОГО ПОЛА ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ТЕРАПИЯ

а) эстрогенами
б) прогестагенами
в) аналогами гонадотропин-рилизинг гормона
г) селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов

Ответ: а

2571. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ

а) гемостазиограмму
б) исследование функции почек
в) оценку функции надпочечников
г) УЗИ щитовидной железы

Ответ: а

2572. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ГИПОГОНАДИЗМЕ У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ

а) гематокрит выше 54 %
б) гемоглобин ниже 100 г/л
в) гиперхолестеринемия
г) тромбоцитоз

Ответ: а

2573. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА ОТНОСИТСЯ

а) повышение уровня ПСА
б) снижение уровня гемоглобина
в) повышение уровня пролактина
г) снижение уровня кальция крови

Ответ: а

2574. ЧАСТОТА НАНЕСЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ ЭСТРОГЕНОВ У ПАЦИЕНТОК С ГИПОГОНАДИЗМОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

а) сутки

б) 3 дня
в) 7 дней
г) 28 дней
Ответ: а

2575. ДО НАЗНАЧЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ
а) удаление гонад
б) кольпопоэз
в) МРТ головного мозга
г) сцинтиграфия всего тела
Ответ: а

2576. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТА ПРЕГНИЛ ЯВЛЯЕТСЯ
а) хорионический гонадотропин
б) тестостерон
в) менопаузальный гонадотропин
г) кломифен
Ответ: а

2577. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН С ГИПОГОНАДИЗМОМ ОТНОСИТСЯ
а) рак грудных желез
б) витилиго
в) гиперпролактинемия
г) анемия
Ответ: а

2578. ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ, ТРЕБУЮЩЕМ ОТМЕНЫ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА ИЛИ СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ (В Г/Л)
а) 180
б) 160
в) 170
г) 190
Ответ: а

2579. МИФЕПРИСТОН ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДОЗЕ (В МГ)
а) 10
б) 50
в) 100
г) 200
Ответ: а

2580. ПРЕПАРАТ ТЕСТОСТЕРОНА НЕБИДО В СРЕДНЕМ ВВОДИТСЯ 1 РАЗ В
а) 10-14 недель
б) 4-5 месяцев
в) неделю
г) 2-4 недели
Ответ: а

2581. СМЕСЬ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА ОМНАДРЕН 250 В СРЕДНЕМ ВВОДИТСЯ 1 РАЗ В

а) 2-4 недели
б) 10-14 недель
в) неделю
г) 6-8 недель
Ответ: а

2582. ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА, ПРИ КОТОРОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА, СОСТАВЛЯЕТ (В НГ/МЛ)

а) 4
б) 3
в) 5
г) 6
Ответ: а

2583. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ

а) обследование молочных желез
б) исследование функции почек
в) оценку функции надпочечников
г) УЗИ щитовидной железы
Ответ: а

2584. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ

а) УЗИ органов малого таза
б) МРТ головного мозга
в) КТ надпочечников
г) УЗИ щитовидной железы
Ответ: а

2585. ДРОСПИРЕНОН ЯВЛЯЕТСЯ ПРОИЗВОДНЫМ

а) спиронолактона
б) 17-ОН-прогестерона
в) 19-норпрогестерона
г) прогестерона
Ответ: а

2586. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

а) тромбоэмболию
б) двустороннюю овариэктомию
в) снижение функции почек
г) нарушения сна
Ответ: а

2587. ПРИ ПОЛНОЙ ФОРМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПРОИСХОДИТ

а) выбор женского пола
б) выбор мужского пола
в) смена женского на мужской во время пубертата

г) смена мужского на женской во время пубертата
Ответ: а

2588. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
а) мифепристон
б) норгестимат
в) ципротерона ацетат
г) дезогестрел
Ответ: а

2589. ГОНАДЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ С
а) синдром тестикулярной феминизации
б) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа
в) синдром множественных эндокринных неоплазий 2 типа
г) Карни-комплекс
Ответ: а

2590. ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
а) проводится в виде монотерапии эстрогенами
б) проводится эстроген-гестагенными препаратами
в) проводится в виде монотерапии прогестагенами
г) противопоказана
Ответ: а

2591. ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕМ ПИЩИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ДОЛЖЕН
а) содержать 30-50 грамм углеводов
б) быть полностью безуглеводным
в) содержать не менее 1 грамма белка на кг массы тела
г) содержать не менее 100 грамм углеводов
Ответ: а

2592. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 7,0 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПРЕПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)
а) 7,0
б) 7,5
в) 7,8
г) 8,0
Ответ: а

2593. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ НЕ ПРОВОДИТСЯ
а) на фоне острого заболевания
б) во время беременности
в) детям
г) взрослым старше 50 лет
Ответ: а

2594. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 5,0 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 7,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
а) норме

б) сахарному диабету
в) нарушенной гликемии натощак
г) нарушенной толерантности к глюкозе
Ответ: а

2595. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 7,0 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)
а) 9,0
б) 10,0
в) 11,0
г) 8,5
Ответ: а

2596. САМЫМ СИЛЬНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ ВЫРАБОТКИ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ
а) глюкоза
б) белок
в) фруктоза
г) лактоза
Ответ: а

2597. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ), СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КРИТЕРИЮ НАРУШЕННОЙ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК _____ ММОЛЬ/Л
а) менее 7,8
б) более 7,8
в) менее 6,1
г) более 6,1
Ответ: а

2598. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 7,5 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 12,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
а) сахарному диабету
б) нарушенной толерантности к глюкозе
в) нарушенной гликемии натощак
г) норме
Ответ: а

2599. ФРУКТОЗАМИНОГЛИКАН ОЦЕНИВАЕТ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ ЗА
а) 3 недели
б) 1 неделю
в) 1 месяц
г) 2 месяца
Ответ: а

2600. ПОГРАНИЧНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ НОРМЫ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДО (В ПРОЦЕНТАХ)
а) 6,0
б) 6,5
в) 6,1
г) 7,0
Ответ: а

2601. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 7,0 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 11,1 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ

а) сахарному диабету
б) нарушенной гликемии натощак
в) нарушенной толерантности к глюкозе
г) норме

Ответ: а

2602. В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВЫБРАН УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (В ПРОЦЕНТАХ)

а) более или равный 6,5
б) более или равный 6,0
в) более 7,0
г) менее 6,5

Ответ: а

2603. ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН

а) может быть использован для диагностики сахарного диабета
б) применяется исключительно для оценки компенсации углеводного обмена при уже диагностированном в ходе перорального глюкозотолерантного теста сахарном диабете
в) должен быть исследован строго натощак
г) может быть использован для оценки компенсации углеводного обмена только у пациентов с анемией различного генеза

Ответ: а

2604. ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ), УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ _____ СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЯМ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

а) более или равно 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
б) менее 10,0 ммоль/л, но менее или равно 11,1 ммоль/л
в) более или равно 8,0 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
г) более 6,1 ммоль/л, но менее 7,8 ммоль/л

Ответ: а

2605. ДЛЯ РАННЕЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

а) появление микроальбуминурии
б) появление гематурии
в) наличие артериальной гипертензии
г) повышение мочевины

Ответ: а

2606. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ _____ ЗНАЧЕНИЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ДИАБЕТИЧЕСКОМ ДИАПАЗОНЕ (В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ)

а) двух
б) трех
в) четырех
г) пяти

Ответ: а

2607. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 6,5% СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

а) 8,0
б) 10,0
в) 7,8
г) 9,0

Ответ: а

2608. НАТОЩАК – ОЗНАЧАЕТ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ УТРОМ ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ГОЛОДАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ 8 ЧАСОВ И НЕ БОЛЕЕ (В ЧАСАХ)

а) 14
б) 10
в) 18
г) 24

Ответ: а

2609. ПЕРОРАЛЬНОМУ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОМУ ТЕСТУ ДОЛЖНО ПРЕДШЕСТВОВАТЬ НОЧНОЕ ГОЛОДАНИЕ _____ <p> ЧАСОВ

а) в течение 8-14
б) более 14
в) менее 6
г) менее 8

Ответ: а

2610. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НА ФОНЕ НЕ МЕНЕЕ 3-ДНЕВНОГО НЕОГРАНИЧЕННОГО ПИТАНИЯ (БОЛЕЕ 150 ГРАММ УГЛЕВОДОВ В СУТКИ) И _____ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

а) обычной
б) низкой
в) более высокой, чем обычная
г) максимальном исключении

Ответ: а

2611. ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМОВ ОСТРОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, ДОСТАТОЧНО _____ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛИКЕМИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ДИАБЕТИЧЕСКОМ ДИАПАЗОНЕ

а) однократного
б) двукратного
в) трехкратного
г) четырехкратного

Ответ: а

2612. ЧТО ПОРАЖАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ?

а) артерии голени и стопы
б) подколенная артерия
в) подвздошная артерия
г) аорта

Ответ: а

2613. ПОВТОРНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

а) 2 часа
б) 3 часа
в) каждые 30 минут, в течение 3 часов
г) каждый час в течение 4 часов
Ответ: а

2614. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 6,5% СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПРЕПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)
а) 6,5
б) 7,5
в) 7,0
г) 6,8
Ответ: а

2615. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
а) утром
б) в любое время суток
в) вечером
г) после 12.00
Ответ: а

2616. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ОГРАНИЧЕНО
а) в ситуациях, которые влияют на обмен эритроцитов
б) при курении
в) у детей младше 7 лет
г) при активном занятии спортом
Ответ: а

2617. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) МЕНЕЕ _____ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ НОРМЫ
а) 7,8
б) 11,1
в) 10,0
г) 7,0
Ответ: а

2618. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ), СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КРИТЕРИЮ НАРУШЕННОЙ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК БОЛЕЕ ИЛИ РАВНО _____ НО МЕНЕЕ _____ (В ММОЛЬ/Л)
а) 6,1; 7,0
б) 7,0; 11,1
в) 7,8; 10,0
г) 7,0; 9,1
Ответ: а

2619. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 6,1 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 10,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
а) нарушенной толерантности к глюкозе
б) сахарному диабету

в) нарушенной гликемии натощак
г) норме
Ответ: а

2620. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) БОЛЕЕ ИЛИ РАВНЫЙ _____ СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА
а) 11,1
б) 10,0
в) 8,0
г) 7,8
Ответ: а

2621. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ
а) инсулинорезистентность
б) инфекция
в) действие контринсулярных гормонов
г) прием лекарственных препаратов
Ответ: а

2622. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) БОЛЕЕ ИЛИ РАВНЫЙ _____ СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА
а) 7,0
б) 7,8
в) 8,0
г) 5,5
Ответ: а

2623. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 6,1 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 7,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
а) нарушенной гликемии натощак
б) нарушенной толерантности к глюкозе
в) норме
г) сахарному диабету
Ответ: а

2624. НАТОЩАК – ОЗНАЧАЕТ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ УТРОМ ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ГОЛОДАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ _____ЧАСОВ И НЕ БОЛЕЕ 14 ЧАСОВ
а) 8
б) 10
в) 4
г) 2
Ответ: а

2625. В СЛУЧАЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ОЦЕНКИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
а) фруктозамина
б) глюкозурии
в) антител к эндогенному инсулину
г) с-пептида

Ответ: а

2626. ВЫБОР ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЗАВИСИТ ОТ
а) ожидаемой продолжительности жизни
б) этнической принадлежности
в) пола
г) региона проживания
Ответ: а

2627. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ
а) деструкция бета-клеток поджелудочной железы
б) инсулинорезистентность
в) действие контринсулярных гормонов
г) заболевания экзокринной части поджелудочной железы
Ответ: а

2628. РЕЦЕПТОР ИНСУЛИНА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ДВА МЕМБРАННЫХ ГЛИКОПРОТЕИДА, КАЖДЫЙ ИЗ КОТОРЫХ СОСТОИТ ИЗ _____ БЕЛКОВЫХ СУБЪЕДИНИЦ
а) 2
б) 100
в) 10
г) 15
Ответ: а

2629. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) МЕНЕЕ _____ ММОЛЬ/Л ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ НОРМЫ
а) 6,1
б) 5,5
в) 7,8
г) 5,0
Ответ: а

2630. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) МЕНЕЕ _____ ММОЛЬ/Л СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ
а) 7,0
б) 7,8
в) 10,0
г) 11,1
Ответ: а

2631. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
а) поражения сосудов периферических нервов
б) нарушения метаболизма гормонов
в) токсического повреждения миелина периферических нервов
г) недостатка витамина А
Ответ: а

2632. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ НЕ ПРОВОДИТСЯ
а) на фоне кратковременного приема препаратов, повышающих уровень гликемии
б) в случае несоблюдения диеты в течение 7 дней до планируемого исследования

в) при беременности
г) детям
Ответ: а

2633. В ПРОЦЕССЕ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА
а) не разрешается курить
б) можно есть продукты не содержащие углеводы
в) нет ограничений по физической активности и курению
г) разрешено пить сок
Ответ: а

2634. В БЕТА-КЛЕТКАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ИНСУЛИН И
а) амилин
б) соматостатин
в) глюкагон
г) панкреатический полипептид
Ответ: а

2635. ВЫБОР ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЗАВИСИТ ОТ
а) риска тяжелой гипогликемии
б) массы тела
в) наличия другой эндокринной патологии
г) уровня С-пептида
Ответ: а

2636. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НА ФОНЕ НЕ МЕНЕЕ ___-ДНЕВНОГО НЕОГРАНИЧЕННОГО ПИТАНИЯ (БОЛЕЕ 150 ГРАММ УГЛЕВОДОВ В СУТКИ)
а) 3
б) 10
в) 7
г) 14
Ответ: а

2637. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 6,7 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 7,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
а) нарушенной гликемии натощак
б) сахарному диабету
в) норме
г) нарушенной толерантности к глюкозе
Ответ: а

2638. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 6,8 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 7,8 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
а) нарушенной толерантности к глюкозе
б) нарушенной гликемии натощак
в) сахарному диабету
г) норме
Ответ: а

2639. ПРИ ОТЩЕПЛЕНИИ ИНСУЛИНА ОТ ПРОИНСУЛИНА ОБРАЗУЕТСЯ
а) С-пептид
б) препроинсулин
в) амилин
г) панкреатический полипептид
Ответ: а

2640. ПРИ ОЦЕНКЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
а) показатель гликозилированного гемоглобина
б) показатель глюкозурии в течение суток
в) уровень гликемии в течение суток
г) нарушение толерантности к глюкозе
Ответ: а

2641. СОЧЕТАНИЕ БРОНЗОВОЙ ОКРАСКИ КОЖИ, ГЕПАТОМЕГАЛИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
а) гемохроматоза
б) болезни Вильсона-Коновалова
в) алкогольного стеатогепатита
г) неалкогольной жировой болезни печени
Ответ: а

2642. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ДЛЯ РАСЧЕТА СКФ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
а) пробу Реберга
б) формулу Щварца
в) формулу Коунахана
г) формулу Кокрофта-Голта
Ответ: а

2643. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 8,0 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)
а) 11,0
б) 10,0
в) 11,1
г) 12,0
Ответ: а

2644. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА - НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ВЫЗВАННОЕ_____, ОБЫЧНО ПРИВОДЯЩЕЕ К АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
а) деструкцией бета-клеток поджелудочной железы
б) инсулинорезистентностью
в) действием контринсулярных гормонов
г) приемом лекарственных препаратов
Ответ: а

2645. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРОВОДИТСЯ
а) с 6-7 недели до 24 недели беременности

б) в первые 3 недели беременности
в) за 1-2 недели до планируемого зачатия
г) после 26 недели беременности
Ответ: а

2646. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ
а) 32
б) 12
в) 24
г) 8
Ответ: а

2647. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СВЯЗАНО С
а) снижением уровня глюкозы
б) повышением уровня глюкозы
в) снижением уровня альфа-трипсина
г) повышением уровня альфа-трипсина
Ответ: а

2648. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 8,5 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПРЕПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)
а) 8,5
б) 10,0
в) 9,0
г) 11,0
Ответ: а

2649. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
а) повторной изнуряющей рвоте
б) обильной водянистой диарее
в) длительной лихорадке
г) длительной задержке мочи
Ответ: а

2650. ПОСЛЕ РОДОВ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЧЕРЕЗ _____ ВСЕМ ЖЕНЩИНАМ С УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК МЕНЕЕ 7,0 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА
а) 4-12 недель
б) 1-2 недели
в) через 5-7 дней
г) через 6 месяцев
Ответ: а

2651. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 7,5 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)
а) 10,0
б) 12,0
в) 11,0
г) 9,0
Ответ: а

2652. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 8,0 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПРЕПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

а) 8,0
б) 9,0
в) 10,0
г) 7,8

Ответ: а

2653. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 7,5% СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПРЕПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

а) 7,5
б) 9,0
в) 10,0
г) 7,8

Ответ: а

2654. О НАРУШЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ (В ММОЛЬ/Л) ВО ВТОРОЙ ТОЧКЕ

а) 7,9
б) 6,4
в) 7,0
г) 5,5

Ответ: а

2655. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 8,5 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

а) 12,0
б) 10,0
в) 14,0
г) 8,0

Ответ: а

2656. К ДИАБЕТИЧЕСКИМ МАКРОАНГИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ

а) ишемическая болезнь сердца
б) нейропатия
в) ретинопатия
г) нефропатия

Ответ: а

2657. ВСЕМ ЖЕНЩИНАМ, У КОТОРЫХ НЕ БЫЛО ВЫЯВЛЕНО НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ

а) между 24 и 28 неделями беременности
б) после 32 недели беременности
в) на 12 неделе беременности
г) после родоразрешения

Ответ: а

2658. ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРОВОДЯТ ВНУТРИВЕННОЕ _____ ВВЕДЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ РАСТВОРА _____

а) струйное; 40%
б) капельное; 5%
в) капельное; 40% в 6-8 ЕД инсулина
г) капельное; 10%
Ответ: а

2659. ПИК ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ _____ ЧАСА/ЧАСОВ
а) 1-2
б) 2-3
в) 6-10
г) 4
Ответ: а

2660. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНСУЛИНА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ _____ ЧАСОВ
а) 12-16
б) 4-5
в) до 29
г) до 24
Ответ: а

2661. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА НА ПЕРОРАЛЬНОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
а) должны соблюдаться правила рационального питания, как часть терапевтического плана
б) пациенты не ограничены в питании и могут питаться без ограничений
в) необходимо строго соблюдать диетическое питание с максимальным исключением углеводов
г) необходимо строго ограничивать питание с целью максимально быстрого снижения массы тела
Ответ: а

2662. ПРИ КАКОМ ПОРОГОВОМ УРОВНЕ СУТОЧНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ЗАЧАТИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО?
а) равной или более 3,0 г
б) более 5,0 г
в) более 1,0 г
г) более 0,2 г
Ответ: а

2663. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ _____ ЧАСА/ЧАСОВ
а) 4-5
б) 5-6
в) 12-16
г) 1-2
Ответ: а

2664. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЕ МЕСТО ВВЕДЕНИЯ ОБЫЧНОГО (ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАСТВОРИМОГО) ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ
а) живот, так как в этом месте всасывание инсулина самое быстрое
б) бедро, так как это место имеют более медленную скорость всасывания

в) ягодица, так как это место имеют более медленную скорость всасывания
г) средняя наружная треть плеча
Ответ: а

2665. ОСМОТР ОФТАЛЬМОЛОГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ
а) 1 раз в триместр
б) однократного
в) 1 раз в месяц
г) 2 раза
Ответ: а

2666. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ ЕДЫ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (В ММОЛЬ)
а) менее 7,8
б) менее 6,5
в) менее 6,8
г) от 7,8 до 8,5
Ответ: а

2667. ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕНИЯ ГЛИКЕМИИ ВЫШЕ ЦЕЛЕВОГО ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ НАЧАЛА ПРИЕМА ПИЩИ НА ФОНЕ СОБЛЮДЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО
а) инициация терапии инсулином ультракороткого действия
б) инициация терапии инсулином длительного действия
в) инициация терапии инсулином средней продолжительности действия
г) исключение углеводов из рациона питания
Ответ: а

2668. СРОК И МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
а) акушерскими показаниями
б) степенью компенсации углеводного обмена
в) уровнем гликированного гемоглобина
г) длительностью инсулинотерапии
Ответ: а

2669. ЕДИНСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ
а) заместительная инсулинотерапия
б) пероральные сахароснижающие препараты
в) соблюдение питания с максимальным исключением углеводов
г) расширение физической активности
Ответ: а

2670. ПИК ДЕЙСТВИЯ ИНСУЛИНА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ЧАСА/ЧАСОВ
а) 6-10
б) 2-4
в) 1-2
г) 12-16
Ответ: а

2671. РИСК ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

а) в I триместре с 7-8 недели по 12-13 неделю
б) в первые 5 недель беременности
в) сразу после зачатия
г) на 2-3 неделе беременности

Ответ: а

2672. ЦЕЛЕВОЙ ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (В ПРОЦЕНТАХ)

а) менее 6,0
б) менее 6,5
в) менее 7,0
г) более 6,5

Ответ: а

2673. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК/ПЕРЕД ЕДОЙ/НА НОЧЬ/НОЧЬЮ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (В ММОЛЬ/Л)

а) менее 5,3
б) более 6,1
в) менее 4,5
г) менее 5,1

Ответ: а

2674. НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ ИНСУЛИНА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ

а) 2 часа
б) 20-30 минут
в) 30-90 минут
г) 5-15 минут

Ответ: а

2675. РИСК ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

а) в послеродовом периоде
б) в первые 5 недель беременности
в) сразу после зачатия
г) на 3 неделе беременности

Ответ: а

2676. В ЦЕЛЯХ МИНИМИЗАЦИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ И ПОТЕНЦИАЛЬНОГО НАРУШЕНИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ СМЕНА КАНЮЛИ ПРИ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ

а) каждые 48-72 часов
б) 1 раз в неделю
в) совместно со сменой картриджа
г) при тенденции к гипергликемии

Ответ: а

2677. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ КОНТРОЛЬ АНАЛИЗА МОЧИ НА СООТНОШЕНИЕ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ НЕ МЕНЕЕ

а) 1 раза в триместр
б) 2 раза в триместр
в) 1 раза в неделю
г) 1 раза в 2 недели

Ответ: а

2678. САМОКОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ИНТЕНСИФИЦИРОВАННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ДОЛЖЕН ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ

а) 4 раз в сутки
б) 1 раза в сутки в разное время +1 гликемический профиль в неделю
в) 1 раза в неделю
г) 2 раз в сутки в разное время

Ответ: а

2679. КОНТРОЛЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В _____

а) 6-8 недель
б) 3-4 недели
в) 3 месяца
г) триместр

Ответ: а

2680. ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ В РОДАХ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ (В ММОЛЬ/Л)

а) 4,5-7,0
б) 3,9-6,0
в) 4,0-9,0
г) 3,9-8,5

Ответ: а

2681. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ЦЕЛЕВОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛЮКОЗА ПЛАЗМЫ НАТОЩАК/ДО ЕДЫ/НА НОЧЬ МЕНЕЕ _____ММОЛЬ/Л

а) 6,1
б) 5,3
в) 5,1
г) 6,5

Ответ: а

2682. САМОКОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ПЕРОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖЕН ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ

а) 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль в неделю
б) 4 раз в день
в) 1 раза в неделю
г) 2 раз в сутки в разное время

Ответ: а

2683. ПИК ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ

а) 2-4 часа

б) 1-2 часа
в) 30- 60 минут
г) 30-90 минут
Ответ: а

2684. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ-ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ _____, НО НЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ КРИТЕРИЯМ «МАНИФЕСТНОГО» САХАРНОГО ДИАБЕТЕ
а) во время беременности
б) в раннем послеродовом периоде
в) при планировании беременности
г) в течение 1 года после родоразрешения
Ответ: а

2685. ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИНСУЛИН (ШПРИЦ-РУЧКА, КАРТРИДЖ ИЛИ ФЛАКОН), НЕОБХОДИМО ХРАНИТЬ ПРИ КОМНАТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ (ДО +30 °С) В ТЕЧЕНИЕ МАКСИМУМ _____ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ПРИМЕНЕНИЯ
а) 1 месяца
б) 1 недели
в) 3 месяцев
г) 6 месяцев
Ответ: а

2686. ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКФ ПРИ КОТОРОМ ЗАЧАТИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО _____ МЛ/МИН/1,73 М²
а) менее 60
б) более 60
в) более 100
г) менее 90
Ответ: а

2687. СМЕНА ИГЛ НА ШПРИЦ-РУЧКАХ ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ
а) после каждой инъекции
б) 1 раз в день
в) при смене шприц-ручки
г) 1 раз в неделю
Ответ: а

2688. 1 ХЕ РАВНА КОЛИЧЕСТВУ ПРОДУКТА, СОДЕРЖАЩЕГО
а) 10-12 грамм углеводов
б) 10 грамм белка
в) 12 грамм жира
г) 50 грамм углеводов
Ответ: а

2689. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ ЕДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МЕНЕЕ _____ ММОЛЬ/Л
а) 7,0
б) 8,5
в) 7,8
г) 10,0
Ответ: а

2690. НАЧАЛО ЭФФЕКТА ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ

а) 5-15 минут
б) 20-30 минут
в) 1-2 часа
г) через 30-90 минут

Ответ: а

2691. РИСК ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

а) после 36 недели
б) в первые 5 недель беременности
в) сразу после зачатия
г) на 24 неделе беременности

Ответ: а

2692. ПЕРЕВОД НА ПОМПОВУЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ РЕКОМЕНДОВАН

а) не позднее 12-13 недели
б) не зависимо от срока беременности
в) после 24 недели беременности
г) во 2 триместре беременности

Ответ: а

2693. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МАНИФЕСТНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

а) показана инициация базис-болюсной инсулинотерапии
б) соблюдение строгих ограничений в пище, в основном за счет углеводов
в) необходимо назначение пероральных сахароснижающих препаратов
г) необходимо повторное проведение перорального теста на фоне соблюдения диеты

Ответ: а

2694. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕКОМЕНДОВАНО ЗА _____ ДО ЗАЧАТИЯ

а) 3-4 месяца
б) 1 месяц
в) 3-4 недели
г) за 2 недели

Ответ: а

2695. САМОКОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ДОЛЖЕН ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ

а) не менее 4 раз в сутки
б) 1 раз в день в разное время
в) натощак и на ночь
г) не менее 2 раз в сутки в разное время

Ответ: а

2696. КОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ В РОДАХ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

а) 1-2 часа
б) 3-4 часа
в) 10-15 минут
г) 5-10 минут
Ответ: а

2697. ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНОВ, АНТИОКСИДАНТОВ, МИКРОЭЛЕМЕНТОВ И ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
а) не показан, ввиду отсутствия доказательной базы
б) показан только при наличии диабетической полинейропатии
в) показан только при невозможности достижения компенсации углеводного обмена
г) не показан ввиду часто возникающих аллергических реакций
Ответ: а

2698. КОНТРОЛЬ ГЛИКЕМИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ
а) 2-4 часа
б) 6 часов
в) 10-15 минут
г) 5-10 минут
Ответ: а

2699. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ЦЕЛЕВОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛЮКОЗА ПЛАЗМЫ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ МЕНЕЕ _____ММОЛЬ/Л
а) 7,8
б) 8,0
в) 8,5
г) 9,0
Ответ: а

2700. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ (В ММОЛЬ/Л)
а) 6,0-8,5
б) 3,9-7,0
в) 4,5-7,0
г) 3,9-8,5
Ответ: а

2701. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК/ПЕРЕД ЕДОЙ/НА НОЧЬ/НОЧЬЮ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ _____ ММОЛЬ/Л
а) менее 5,1
б) более 6,1
в) менее 6,5
г) менее 5,3
Ответ: а

2702. ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ БЛИЗКОМ К НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ ГЛИКЕМИИ ВВОДИТСЯ
а) за 20-30 минут
б) за 5-10 минут
в) во время еды
г) сразу после еды

Ответ: а

2703. ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕНИЯ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК ВЫШЕ ЦЕЛЕВОГО НА ФОНЕ СОБЛЮДЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО

а) инициация терапии инсулином длительного или средней продолжительности действия
б) инициация терапии инсулином ультракороткого действия
в) исключение углеводов на ночь
г) исключение углеводов из рациона питания в течение всего дня

Ответ: а

2704. ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» НЕОБХОДИМО УКАЗЫВАТЬ

а) тип диабета
б) тяжесть сахарного диабета
в) компенсацию, субкомпенсацию или декомпенсацию
г) год дебюта

Ответ: а

2705. ОПТИМАЛЬНЫЙ ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖМ ХРАНЕНИЯ ЗАПАСОВ ИНСУЛИНОВ

а) от +2 °С до +8 °С
б) до +2°С
в) от +9 °С до +15 °С
г) от -10°С до 0 °С

Ответ: а

2706. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а) невозможность достижения целевых показателей гликемии в течение 1-2 недель самоконтроля на фоне диетотерапии
б) достижение срока беременности 24-26 недель
в) подтверждение диагноза гестационного сахарного диабета на ранних сроках беременности
г) достижение срока беременности 12-14 недель

Ответ: а

2707. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ _____ ЧАСА/ЧАСОВ

а) 5-6
б) 4-5
в) 1-2
г) до 3

Ответ: а

2708. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (ГЛАРГИН 300 ЕД\\МЛ) _____ ЧАСОВ

а) до 36
б) до 29
в) 12-14
г) до 24

Ответ: а

2709. ПИК ИНСУЛИНА СВЕРХДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

а) отсутствует

б) не выражен
в) через 6-10 часов
г) через 2-4 часа
Ответ: а

2710. ИНСУЛИН ДЕГЛУДЕК РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ
а) с 1 года
б) с 2 лет
в) во время беременности
г) с 5 лет
Ответ: а

2711. ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ____ НЕОБХОДИМО ТЩАТЕЛЬНО ПЕРЕМЕШИВАТЬ
а) НПХ
б) короткого действия
в) длительного действия
г) сверхдлительного действия
Ответ: а

2712. К ИНСУЛИНАМ УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
а) лизпро
б) актрапид
в) биосулин
г) гларгин
Ответ: а

2713. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (ДЕТЕМИР) _____ ЧАСОВ
а) до 24
б) до 36
в) до 29
г) 12-14
Ответ: а

2714. ИНСУЛИН РАЙЗОДЕГ СОСТОИТ ИЗ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК И ИНСУЛИНА ____ В СООТНОШЕНИИ 70/30
а) аспарт
б) лизпро
в) глулизин
г) актрапид
Ответ: а

2715. НАЧАЛО ИНСУЛИНА СВЕРХДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ
а) 30-90 минут
б) 2 часа
в) 30-60 минут
г) 20-30 минут
Ответ: а

2716. НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЧЕРЕЗ

а) 1-2 часа
б) 5-15 минут
в) 20-30 минут
г) 30-45 минут

Ответ: а

2717. ИНСУЛИН РАЙЗОДЕГ СОСТОИТ ИЗ ИНСУЛИНА _____ И ИНСУЛИНА АСПАРТ В СООТНОШЕНИИ 70/30

а) деглудек
б) детемир
в) гларгин 100 ед/л
г) гларгин 300 ед/л

Ответ: а

2718. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА СВЕРХДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ___ ЧАСОВ

а) более 42
б) до 36
в) до 29
г) до 24

Ответ: а

2719. ИНСУЛИН ГЛАРГИН ВЫПУСКАЕТСЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ 100 ЕД/МЛ И _____ ЕД/МЛ

а) 300
б) 200
в) 400
г) 150

Ответ: а

2720. У БЕРЕМЕННЫХ РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ ИНСУЛИН

а) лизпро
б) глулизин
в) деглудек
г) инсулин лизпро двухфазный

Ответ: а

2721. СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

а) 1:0,7-0,8:3,0-3,7
б) 1:1:4
в) 1:1:5
г) 1:0,8:5

Ответ: а

2722. КАКАЯ ЧАСТЬ ИНСУЛИНА АСПАРТ СОДЕРЖИТСЯ В СОСТАВЕ ИНСУЛИН РАЙЗОДЕГ?

а) 30
б) 50
в) 40

г) 35
Ответ: а

2723. ИНСУЛИН РАЙЗОДЕГ СОСТОИТ ИЗ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК И ИНСУЛИНА АСПАРТ В СООТНОШЕНИИ
а) 70/30
б) 50/50
в) 60/40
г) 63/35
Ответ: а

2724. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (ГЛАРГИН 100 ЕД\\МЛ) _____ ЧАСОВ
а) до 29
б) 12-14
в) до 24
г) до 36
Ответ: а

2725. КАКАЯ ЧАСТЬ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК СОДЕРЖИТСЯ В СОСТАВЕ ИНСУЛИН РАЙЗОДЕГ?
а) 70
б) 50
в) 60
г) 65
Ответ: а

2726. У БЕРЕМЕННЫХ РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ ИНСУЛИН
а) детемир
б) глулизин
в) деглудек
г) инсулин лизпро двухфазный
Ответ: а

2727. ИНСУЛИН ГЛАРГИН ВЫПУСКАЕТСЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ 300 ЕД/МЛ И _____ ЕД/МЛ
а) 100
б) 200
в) 400
г) 150
Ответ: а

2728. У БЕРЕМЕННЫХ РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ ИНСУЛИН
а) аспарт
б) глулизин
в) деглудек
г) инсулин лизпро двухфазный
Ответ: а

2729. АНАЛОГИ ИНСУЛИНА
а) можно вводить во все места инъекций
б) должны вводится строго в живот с целью повышения скорости всасывания

в) должны вводится строго в ягодицу, с целью замедления всасывания
г) предпочтительнее вводить в область средней наружной трети плеч
Ответ: а

2730. ДЛЯ ЛЮДЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА РЕКОМЕНДУЕМОЕ ЧИСЛО ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ В ДЕНЬ СООТВЕТСТВУЕТ
а) 25-30
б) 20-22
в) 10-15
г) 5
Ответ: а

2731. ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТЬ ПРОДУКТОВ ПО УГЛЕВОДАМ В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОСНОВАНА НА ДАННЫХ
а) количества хлебных единиц
б) физического развития
в) биохимических исследований
г) показателей гликемии
Ответ: а

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:
а) это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения
б) это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека
в) это система мероприятий по охране здоровья населения.
Ответ: а

2. Какой статистический показатель характеризует развитие явления в среде, непосредственно с ним не связанной?
а) экстенсивный
б) интенсивный
в) соотношения
г) наглядности
Ответ: в

3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:
а) исторический
б) статистический
в) экспериментальный
г) экономический
д) социологический
е) все вышеперечисленные.
Ответ: е

4. В населенном пункте целесообразно размещать многопрофильную больницу в зоне:
а) селитебной (жилой)
б) промышленной
в) коммунально-складской

г) пригородной
д) зеленой
Ответ: а

5. Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является:
а) статистический анализ состояния здоровья населения
б) изучение общественного мнения
в) решение кадровых вопросов
г) системный управленческий подход
д) решение финансовых вопросов
Ответ: г

6. Система здравоохранения в России является
а) государственной
б) смешанной
в) страховой
г) частной
Ответ: б

7. Учет заболеваемости по данным результатов медосмотров осуществляется, верно все, кроме:
а) контрольная карта диспансерного наблюдения
б) карта подлежащего периодическому осмотру (ф.046)
в) талон амбулаторного пациента
Ответ: а

8. Укажите единый нормативный документ для статистических разработок госпитализированной заболеваемости
а) такого документа не существует
б) международная классификация болезней, травм и причин смерти
в) статистическая карта выбывшего из стационара, ф.№ 066/у-02
г) листок учета движения больных и коечного фонда стационара, ф.№ 007/у
д) сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек, ф.№ 016/у
Ответ: в

9. Укажите наиболее точное определение понятия “Политика здравоохранения”
а) политика ЗО - совокупность идеологических принципов и практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве
б) политика ЗО - совокупность идеологических принципов по решению проблем ЗО в обществе и государстве
в) политика ЗО - совокупность практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве
Ответ: а

10. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо
а) усилить ведомственный и общественный контроль за расходованием финансовых средств
б) совершенствовать систему учета средств
в) совершенствовать конкурсную систему закупок и широко использовать финансовый лизинг
г) все вышеперечисленное верно
Ответ: г

11. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:

а) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды

б) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды

в) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды

г) оценка показателей естественного движения населения

д) оценка показателей общей смертности и инвалидности

Ответ: в

12. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

а) генетические

б) природно-климатические

в) уровень и образ жизни населения

г) уровень, качество и доступность медицинской помощи

д) все вышеперечисленное

Ответ: д

13. Диспансеризация населения в настоящее время проводится

а) в соответствии с возрастом

б) в соответствии с полом

в) все вышеперечисленное

Ответ: а

14. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования

а) право на ОМС и ДМС

б) выбор страховой медицинской организации

в) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС

г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса

д) все вышеперечисленное

Ответ: д

15. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме

а) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот

б) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения

в) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний

г) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

Ответ: г

16. Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:

а) мигранты

б) с уровнем дохода ниже прожиточного минимума

в) БОМЖ

г) дети, пожилые, беременные

Ответ: г

17. Фондовооруженность труда определяется

а) отношением стоимости предоставленных услуг за год к среднегодовой стоимости основных фондов

б) отношением стоимости основных фондов к стоимости услуг, предоставленных в течение года

в) отношением среднегодовой стоимости основных фондов к средней численности работников

Ответ: в

18. Целью эпидемиологических исследований является:

а) характеристика распределения и распространения заболеваний по группам населения

б) разработка мер профилактики и оценка их эффективности

в) планирование профилактических мероприятий

г) оценка распространенности естественного течения заболеваний

Ответ: б

19. Под эффективностью системы здравоохранения понимают:

а) правильность постановки задач

б) степень финансового обеспечения

в) количество кадрового потенциала

г) качество работы медицинского персонала

д) рациональное использование имеющихся ресурсов с целью получения максимальных результатов

Ответ: д

20. Первичная медицинская статистическая документация необходима для

а) регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)

б) оперативного управления ЛПУ

в) выработки конкретного, обоснованного решения

г) изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения

д) все вышеперечисленное

Ответ: д

21. Необходимость развития первичной профилактики заболеваний обусловлена:

а) высоким уровнем заболеваемости среди трудоспособного населения

б) высоким уровнем заболеваемости в детской, подростковой и молодежной среде

в) высоким уровнем обращаемости в стационарные учреждения

г) динамикой структуры заболеваемости у детей и подростков

д) высоким уровнем смертности от предотвратимых случаев заболеваний среди трудоспособного населения

Ответ: д

22. Эффективность мероприятий первичной и вторичной профилактики определяется в первую очередь:

а) снижением заболеваемости и смертности у лиц трудоспособного возраста

б) снижением заболеваемости и смертности у детей и подростков

в) снижением заболеваемости и смертности у лиц пожилого возраста

г) рациональностью финансовых вложений в систему здравоохранения

д) рациональностью распределения кадровых ресурсов в системе здравоохранения

Ответ: а

23. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:
а) улучшение технологии оказания лечебно-профилактической помощи
б) обучение методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
в) участие всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
г) все вышеперечисленное
Ответ: г

24. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении
а) развитие ПМСП
б) развитие сети диспансеров
в) повышение роли стационаров
г) повышение роли санаторно-курортной помощи
Ответ: а

25. Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким
а) стационарная
б) амбулаторно-поликлиническая
в) скорая медицинская помощь
г) санаторно-курортная
Ответ: а

26. При вычислении показателя рождаемости учитывают число родившихся за год:
а) живыми
б) мертвыми
в) живыми и мертвыми
Ответ: а

27.К показателям статики населения относятся:
а) численность населения
б) стабильный ежегодный естественный прирост населения
в) одинаковые ежегодные уровни рождаемости населения
г) распределение населения по полу и возрасту
Ответ: а, г

28.Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются:
а) перинатальная смертность
б) постнеонатальная смертность
в) ранняя неонатальная смертность
г) поздняя неонатальная смертность
Ответ: б, в, г

29. Для определения типа возрастной структуры населения необходимо знать численность населения в следующих возрастных группах:
а) до 10 лет, 10 - 29 лет, 30 лет и старше
б) до 20 лет, 20 - 39 лет, 40 лет и старше
в) 0 - 14 лет, 15 - 49 лет, 50 лет и старше
Ответ: в

30. Разность между средней продолжительностью предстоящей жизни у мужчин и женщин в России составляет:
а) до 4 лет
б) 5 - 10 лет
в) 11 лет и более
Ответ: в

31. Для расчета показателя младенческой смертности необходима информация о:
а) численности детей в возрасте до 1 года жизни
б) численности детей умерших в возрасте до 1 года жизни
в) численности детей, родившихся живыми в изучаемом и предыдущем годах
Ответ: б, в

32. К специальным показателям смертности относят:
а) смертность в трудоспособном возрасте
б) смертность по возрастным группам
в) смертность по полу
г) смертность по сезонам года
Ответ: а, б, в

33.Укажите возрастные структурные компоненты перинатальной смертности:
а) мертворождаемость
б) ранняя неонатальная смертность
в) неонатальная смертность
Ответ: а, б

34. Какие документы представляются учреждениями здравоохранения в органы ЗАГСа для регистрации смерти ребенка:
а) медицинское свидетельство о перинатальной смерти
б) медицинское свидетельство о смерти
в) выписка из истории болезни
г) история болезни
д) протокол патологоанатомического (судебно-медицинского) вскрытия
Ответ: а,б

35. Показатель младенческой смертности в России в настоящее время находится в пределах:
а) до 15‰
б) 15 - 20‰
в) выше 20‰
Ответ: б

36.Уровень рождаемости (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:
а) до 10
б) от 10 до 15
в) от 15 до 20
Ответ: а

37.Уровень общей смертности (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:
а) от 5 до 10
б) от 11 до 15

в) от 16 до 20
Ответ: б

38.В структуре смертности населения экономически развитых стран первые три места занимают:
а) инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания
б) болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления
в) новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания
Ответ: б

39.Средняя продолжительность предстоящей жизни это:
а) число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения повозрастные показатели смертности останутся такими же, как в расчетном году
б) число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения показатели смертности и рождаемости останутся такими же, как в расчетном году
в) средний возраст умерших за год
Ответ: а

40.Для расчета общего показателя рождаемости необходимо иметь:
а) число живорожденных и среднегодовую численность населения
б) число родов и численность женского населения
в) число родившихся живыми и мертвыми и среднегодовую численность населения
Ответ: а

41.Показатель младенческой смертности - это:
а) смертность детей до 4 лет жизни
б) смертность детей до 1 года жизни
в) смертность детей 1-го месяца жизни
Ответ: б

42. Интранатальная смертность – это
а) мертворождаемость
б) смертность детей на первой неделе жизни (0-7суток)
в) смертность детей в период от 8 до 28 суток
г) смертность детей во время родов
д) смертность детей в период от 29 суток до 1 года
е) смертность детей в первые 3 года жизни
Ответ: г

43.Расставить в порядке убывания место каждой причины младенческой смертности в Российской Федерации:
а) болезни органов дыхания
б) болезни перинатального периода
в) врожденные аномалии
Ответ: б, в, а

44. Расставить в порядке убывания место каждой причины смерти населения в Российской Федерации:
а) болезни системы кровообращения

б) новообразования
в) травмы и отравления
г) болезни органов дыхания
Ответ: а, в, б, г

45.Свидетельство о рождении выдается:
а) главным врачом лечебно-профилактического учреждения
б) врачом, принимающим роды
в) работником ЗАГСа
Ответ: в

46. К демографическим факторам, определяющим развитие процесса расселения на территории страны, относится:
а) региональные различия в уровне доходов населения
б) различия в интенсивности протекания процессов воспроизводства населения
в) распределение транспортного обеспечения
Ответ: б

47. Распределение людей по полу, возрасту, семейному состоянию, брачному и репродуктивному поведению и другим признакам, влияющим на его воспроизводство, характеризует:
а) демографическая структура населения
б) показатель трудоспособности населения
в) половозрастная структура населения
Ответ: а

48. Коэффициент естественного прироста – это отношение
а) годового числа родившихся / годовому числу умерших
б) годового числа умерших / годовому числу родившихся
в) (годовое число родившихся – годовое число умерших) х 1000 / среднегодовой численности населения
Ответ: в

49.Задачами системы охраны здоровья матери и ребенка являются:
а) участие в разработке законодательных документов по вопросам охраны материнства и детства
б) государственная, материальная и социальная помощь семьям, имеющим детей
в) качественная, гарантированная и доступная медико-социальная помощь
г) дальнейшее наращивание общего (неспециализированного) коечного фонда
Ответ: а,б,в

50. Этапами оказания медицинской помощи в системе охраны материнства и детства являются:
а) оказание помощи женщине вне беременности
б) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода
в)интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов
г) охрана здоровья новорожденного
д) охрана здоровья детей дошкольного и школьного возраста
Ответ: а,б,в.г,д

51.Укажите, какие учетные документы применяются при изучении общей заболеваемости по обращаемости
а) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака злокачественного новообразования

б) персональная карта работающего
в) статистическая карта выбывшего из стационара
г) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении
д) единый талон амбулаторного пациента
е) листок нетрудоспособности
ж) талон на прием к врачу
Ответ: д

52. Изучение заболеваемости населения необходимо для:
а) оценки состояния здоровья населения
б) для определения потребности населения в медицинской помощи (кадры, койки и т.д.)
в) оценки деятельности ЛПУ
г) планирования лечебно-профилактических мероприятий
д) разработки профилактических программ
Ответ: а,б,в.г,д

53.Основными методами изучения заболеваемости являются:
а) по данным о причинах смерти
б) по обращаемости
в) по данным переписи населения
г) по данным медицинских осмотров
д) по результатам когортных (эпидемиологических) исследований
Ответ: а,б,г,д

54. Первичная заболеваемость - это:
а) частота заболеваний, впервые в жизни выявленных и зарегистрированных в данном году
б) все заболевания, зарегистрированные врачом за год
в) частота всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
Ответ: а

55. Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) - это:
а) все заболевания, зарегистрированные врачом за год
б) частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
в) частота всех заболеваний, впервые зарегистрированных в данном году, включая заболевания с временной нетрудоспособностью
Ответ: б

56. Под статистическим термином "обращаемость" понимается:
а) число больных, впервые обратившихся в данном году в амбулаторно-поликлинические учреждения за медицинской помощью по поводу заболевания (на 1000 населения)
б) отношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения (на1000 населения)
в) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения (за год)
Ответ: а

57.Ишемическая болезнь, в связи с обострением которой больной обращается к врачу поликлиники ежегодно в течение ряда лет, войдет в статистику:
а) первичной заболеваемости

б) общей заболеваемости
Ответ: б

58.При анализе первичной заболеваемости населения в данном году берутся в разработку учетные документы (талоны):
а) только со знаком (+)
б) все статистические талоны
в) талоны без знака (+)
Ответ: а

59.Укажите, на основании каких учетных документов составляются отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
а) "Статистическая карта выбывшего из стационара"
б) "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования"
в) "Талон амбулаторного пациента"
г) "Листок нетрудоспособности"
д) "Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении"
е) "Талон на законченный случай временной нетрудоспособности"
Ответ: в

60.Какова структура распространенности заболеваний у взрослого населения РФ в последние три года (расставьте в порядке убывания три первых места):
а) болезни органов пищеварения
б) болезни системы кровообращения
в) болезни органов дыхания
Ответ: а,б,в

61. Какие факторы влияют на полноту и качество информации о заболеваемости:
а) организация статистического учета заболеваний
б) обеспеченность медицинской помощью
в) квалификация медицинских кадров
Ответ: а,б,в

62. Какими факторами определяется уровень обращаемости населения в ЛПУ:
а) заболеваемостью
б) тяжестью течения заболевания
в) возрастно-половым составом
г) доступностью медицинской помощи (обеспеченностью медицинскими учреждениями и кадрами)
д) качеством и эффективностью медицинской помощи
Ответ: а,б,в,г,д

63. Выявить влияние различных факторов на возникновение заболеваний позволяют следующие показатели:
а) распространенность (общая заболеваемость)
б) первичная заболеваемость
в) структура причин смерти
Ответ: б

64. Больной, страдающий хроническим холециститом, в течение 5 лет ежегодно однократно обращался к врачу в поликлинику. Сколько учетных статистических документов (талонов) должен заполнить врач, в том числе со знаком (+):

а) 5 талонов, один (первый) со знаком (+)

б) 5 талонов, все со знаком (+)

в) один, со знаком (+)

Ответ: а

65.Укажите, какими достоинствами обладают соответствующие методы изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров:

а) полнота учета заболеваний населения

б) точность диагностики

в) своевременность выявления хронической патологии

г) максимальный объем получаемой информации по острой патологии

Ответ: в

66.Укажите, какие недостатки присущи соответствующим методам изучения заболеваемости по данным о причинах смерти

а) неполнота информации о заболеваемости населения

б) позднее выявление хронической патологии

в) недовыявление скрытой патологии

г) дороговизна

д) ограниченность сведений об острой патологии

Ответ: а,д

67.Укажите характерные недостатки метода изучения заболеваемости по данным обращаемости:

а) не дает полного представления о распространенности острой патологии

б) не позволяет судить о распространенности всех хронических заболеваний у всего населения

в) не позволяет выявить скрыто протекающую патологию

г) экономически дорогостоящий

д) не обладает высокой точностью диагностики

Ответ: б,в,д

68.Медицинские осмотры как метод изучения заболеваемости обладают следующими преимуществами:

а) дают представление о распространенности хронических заболеваний у всего населения

б) позволяют выявить скрыто протекающую патологию

в) требуют относительно небольших финансовых затрат

г) позволяют судить о частоте хронической патологии у декретированных контингентов

Ответ: б,в

69. Методика учета (регистрации) заболеваемости населения основывается верно все, кроме

а) индивидуальный учет заболеваемости по данным обращаемости

б) сводный учет заболеваемости

в) журнал учета всех заболеваний

Ответ: в

70.К какому виду осмотра относится осмотр женщин старше 35 лет в смотровом (гинекологическом) кабинете поликлиники:

а) предварительный

б) периодический

в) целевой

Ответ: в

71.К экстенсивным показателям относятся:
а) показатели рождаемости
б) распределение числа врачей по специальностям
в) показатели младенческой смертности
г) распределение умерших по причинам смерти
Ответ: б,г

72. К интенсивным показателям относятся:
а) показатель смертности
б) структура заболеваний по нозологическим формам
в) обеспеченность населения врачами
г) показатель заболеваемости
Ответ: а,г

73. Типичность средней арифметической величины характеризуют:
а) мода
б) медиана
в) среднеквадратическое отклонение
г) коэффициент вариации
д) средняя ошибка средней арифметической
Ответ: в,г

74. МКБ-10 – это:
а) важнейший юридический, медицинский и статистический документ
б) основа для разработки стандартов оказания медицинской помощи населению
в) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
г) верно а),б)
д) все ответы верны
Ответ: в

75. Размер ошибки средней арифметической величины зависит от:
а) типа вариационного ряда
б) числа наблюдений
в) способа расчета средней
г) разнообразия изучаемого признака
Ответ: б,г

76. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению в новых экономических условиях являются все, кроме
а) укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
б) обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
в) развитие общеврачебных практик
г) создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
д) развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторно-поликлинической помощи
е) увеличения количества участковых врачей и разукрупнения участков
Ответ: е

77. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться

а) на федеральном уровне
б) на региональном уровне
в) на уровне руководителя учреждения
Ответ: в

78. Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений
а) лечебно-диагностическая работа
б) экспертиза стойкой утраты трудоспособности
в) профилактическая работа, диспансеризация
г) организационно-методическая работа
д) гигиеническое воспитание и обучение населения
Ответ: б

79. В России преимущественно функционирует следующая модель организации работы общеврачебной практики (семейного врача)
а) групповая врачебная практика
б) ВОП, семейный врач, работающие в индивидуальном порядке
в) ВОП, семейный врач, работающие в амбулаторно-поликлиническом учреждении
г) объединение групповых врачебных практик на базе центров здоровья
Ответ: в

80. ВОП (семейный врач) принимает и проводит лечение пациентов
а) с любыми нозологическими формами заболеваний
б) с наиболее часто встречающимися и доступными для диагностики заболеваниями
в) с острыми инфекционными заболеваниями
Ответ: б

81. Пациентами врача общей практики (семейного врача) должны быть
а) все взрослые
б) взрослые, кроме беременных
в) все возрастно-половые группы населения
г) взрослые и подростки
Ответ: в

82. Численность обслуживаемого врачом общей практики (семейным врачом) населения должна составлять
а) 800-1000 человек
б) 1001-1500 человек
в) 1501-2000 человек
г) 2000 и более человек
Ответ: в

83. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме
а) территориально-участкового
б) бригадного
в) ведомственного
г) частного
Ответ: г

84. Не входит в функции регистратуры поликлиники
а) запись посетителей на прием к врачу
б) прием вызовов на посещение больных на дому

в) обеспечение оптимального потока посетителей на исследование
г) массовое направление посетителей на исследования
Ответ: г

85. При обслуживании больных на дому участковый врач не должен
а) обеспечить раннее выявление заболевания
б) своевременно оказывать помощь нуждающимся
в) посещать больных на дому в день вызова
г) ежедневно посещать больных на дому без показаний
Ответ: г

86. Не является функциональными обязанностями заведующего отделением поликлиники
а) повышение квалификации участковых терапевтов
б) анализ деятельности участковых терапевтов и контроль за их работой
в) текущая организационно-методическая и консультативная работа
г) издание приказов по отделению
Ответ: г

87. Основными разделами деятельности врача-специалиста являются все, кроме
а) лечебно-диагностической работы в поликлинике и на дому
б) консультативной работы в поликлинике и на дому
в) проведения профилактических мероприятий по своему профилю
г) контроля за деятельностью участкового терапевта
Ответ: г

88. В соответствии с номенклатурой к стационарным учреждениям не относится
а) республиканская больница для взрослых
б) краевая, областная больницы для взрослых
в) центральная районная больницы
г) центральная городская аптека
Ответ: г

89. Основными направлениями совершенствования стационарной помощи являются
а) смещение акцентов к увеличению объема амбулаторно-поликлинической помощи
б) развитие стационарозамещающих технологий
в) этапность в оказании медицинской помощи
г) все вышеперечисленное
д) нет правильного ответа
Ответ: г

90. Не относится к специализированным отделениям стационара
а) кардиологическое
б) нейрохирургическое
в) фтизиатрическое
г) абортарий
Ответ: г

91. Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают
а) создание межрайонных специализированных центров и больниц
б) специализацию коечного фонда
в) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса

г) все вышеперечисленное
д) нет правильного ответа
Ответ: г

92. Приемное отделение не осуществляет
а) круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний
б) оказание первой медицинской помощи нуждающимся
в) анализ расхождений диагнозов «скорой» и приемного отделения
г) выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
Ответ: г

93. Основными разделами лечебно-профилактической помощи населению являются
а) профилактика, координация, лечение
б) профилактика, диагностика, лечение, реабилитация
в) диагностика и лечение
Ответ: б

94. Механизации не подлежит
а) уборка палат
б) обработка суден
в) сбор грязного белья
г) раздача пищи
Ответ: г

95. Преемственность в работе стационара и поликлиники не предусматривает
а) подготовку больного к госпитализации
б) анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара
в) анализ обоснованности направления на госпитализацию
г) централизацию плановой госпитализации
Ответ: г

96. Каналами госпитализации являются
а) направление поликлиники
б) направление «скорой»
в) «самотек»
г) все вышеперечисленное
Ответ: г

97. Пути повышения качества стационарного лечения все, кроме
а) контроля качества стационарной помощи
б) соблюдения этапов лечебно-диагностического процесса
в) обоснованности направления больного в стационар
г) направления больного в профильное отделение стационара
д) тотальной госпитализации больных
Ответ: д

98. На объем и качество медико-социальной помощи населению влияют
а) удаленность медицинских учреждений от места жительства пациентов
б) укомплектованность квалифицированными кадрами
в) оснащенность медицинских учреждений оборудованием
г) возможность реализации нормативов медико-социального обеспечения

Ответ: г

99. Медицинская помощь сельскому населению оказывается на следующих этапах, кроме
а) ФАП (ФП)
б) врачебной амбулатории
в) центральной районной больницы
г) краевые (областных) лечебно-профилактических учреждений
д) городской поликлиники
Ответ: д

100. Центральная фигура в оценке состояния здоровья ребенка при проведении диспансеризации
а) каждый специалист в отдельности
б) участковый педиатр
в) врач дошкольно–школьного отделения
г) зав. отделением
Ответ: а

101. Экспертиза нетрудоспособности - это вид медицинской деятельности, целью которой является:
а) оценка состояния здоровья пациента
б) определение сроков и степени нетрудоспособности пациента
в) установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения
Ответ: а, б, в, г

102. Уровнями экспертизы временной нетрудоспособности являются:
а) лечащий врач
б) ВК медицинской организации
в) ВК департамента здравоохранения города
г) первичное бюро медико-социальной экспертизы
Ответ: а, б, в

103. Временная утрата трудоспособности – это
а) невозможность выполнения человеком работы вообще или по конкретной специальности, носящая относительно кратковременный характер
б) состояние при котором, нарушение функций организма, препятствующее труду, носят временный, обратимый характер
в) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящие к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.
Ответ: а, б

104. Укажите функции листка нетрудоспособности:
а) юридическая
б) медицинская
в) финансовая
г) статистическая
д) управленческая
Ответ: а, б, в, г

105. Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность:
а) справка установленной формы

б) медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре
в) страховой медицинский полис
г) листок нетрудоспособности
Ответ: а, г

106. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности:
а) мед. работники скорой помощи
б) мед. работники станций переливания крови
в) лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
д) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
е) лечащие врачи туберкулезных санаториев и клиник НИИ протезирования
ж) медицинские работники домов отдыха и туристических баз
з) мед. работники учреждений Роспотребнадзора
и) медицинские работники со средним медицинским образованием по специальному разрешению
Ответ: в, д, е, и

107. Кто не имеет права выдавать листок нетрудоспособности
а) мед. работники скорой помощи
б) мед. работники станций переливания крови
в) лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
г) врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
д) врачи, занимающиеся частной практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
е) мед. работники бальнеогрязелечебниц и городских водогрязелечебниц
ж) мед. работники домов отдыха, туристических баз
з) мед работники учреждений Роспотребнадзора
Ответ: а, б, г, е, ж, з

108. Какие документы должен представить пациент для получения листка нетрудоспособности:
а) страховой медицинский полис
б) паспорт
в) медицинская карта амбулаторного больного
г) письменное разрешение главврача поликлиники
д) военный билет для военнослужащих
Ответ: б, д

109. Какой документ выдается студентам и учащимся (если они не проходят оплачиваемую производственную практику) в случае заболевания с утратой трудоспособности:
а) листок нетрудоспособности
б) справка установленной формы (095/у)
в) справка произвольной формы
Ответ: б

110. На какой срок может продлить листок нетрудоспособности средний мед. работник, имеющий право его выдачи:
а) до 10-и дней
б) до 15-и дней
в) до 20-и дней

г) в исключительных случаях, после консультации с врачом ближайшего ЛПУ - до 30 дней
Ответ: а, г

111. В состав первичного бюро МСЭК общего профиля входят:
а) терапевт
б) невролог
в) психиатр
г) реабилитолог
д) психолог
е) социальный работник
Ответ: а, б, г, д, е

112. Максимальный срок выдачи листка нетрудоспособности ВК медицинской организации ЛПУ без консультации МСЭК при заболеваниях (кроме туберкулеза, травм и реконструктивных операций) в случае благоприятного клинического и трудового прогноза:
а) 4 месяца
б) 10 месяцев
в) 12 месяцев
г) не ограничен
Ответ: б

113. На какой срок ВК ЛПУ может продлить листок нетрудоспособности при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе:
а) не более 4-х месяцев
б) не более 10-и месяцев
в) не более 12-и месяцев
г) не более 10-и месяцев, а в отдельных случаях до 12-и месяцев
Ответ: а

114. В каких случаях листки нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи не выдаются:
а) за хроническим больным в период ремиссии
б) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания
в) в период отпуска по беременности и родам
г) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком
д) за инвалидом 1-ой группы
Ответ: а, б, в, г, е

115. На медико-социальную экспертную комиссию больного направляет:
а) лечащий врач
б) лечащий врач и заведующий отделением
в) консилиум специалистов
г) врачебная комиссия
д) главный врач
Ответ: г

116. На медико-социальную экспертную комиссию при травме, реконструктивной операции, туберкулезе больного направляют не позднее (укажите максимальный срок):
а) 30-и дней лечения
б) 4-х месяцев лечения
в) 10-и месяцев лечения
г) 12-и месяцев лечения

д) срок не установлен и решение принимает лечащий врач
Ответ: г

117. В случае бытовой травмы листок нетрудоспособности выдается, начиная:
а) с 1-го дня нетрудоспособности
б) с 6-го дня нетрудоспособности
в) с 11-го дня нетрудоспособности
Ответ: а

118. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается:
а) с 1-го дня нетрудоспособности
б) с 6-го дня нетрудоспособности
в) с 11-го дня нетрудоспособности
г) со дня окончания отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности
Ответ: г

119. Максимально листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок:
а) до 7 дней
б) до 15 дней
в) до 30 дней
г) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
Ответ: г

120. Максимально листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при стационарном лечении выдается на срок:
а) до 7 дней
б) до 15 дней
в) до 30 дней
г) на весь срок лечения
Ответ: г

121.Что включает в себя медицинская экспертиза
а) направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность,
б) установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина
в) все перечисленное
Ответ: в

122.Виды медицинских экспертиз
а) экспертиза временной нетрудоспособности
б) медико-социальная экспертиза
в) военно-врачебная экспертиза
г) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы
д) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией
е) экспертиза качества медицинской помощи
ж) все перечисленное
Ответ: ж

123.Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения

а) только государственные (муниципальные)

б) ЛПУ с любой формой собственности

в) ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности

г) любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы временной нетрудоспособности

Ответ: г

124.При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВК

а) при наличии поликлиники (поликлинического отделения)

б) при наличии 20 и более врачебных должностей

в) по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности

Ответ: в

125.При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается

а) с 1-го дня нетрудоспособности

б) с 3-го дня нетрудоспособности

в) с 6-го дня нетрудоспособности

г) с 10-го дня нетрудоспособности

д) со дня окончания отпуска

Ответ: д

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ»

1. Основными положениями учения об эпидемическом процессе (по Громашевскому) являются:

а) соответствие механизма передачи основной локализации возбудителя в организме хозяина и неразрывная связь источника инфекции, механизма передачи и восприимчивого организма

б) способность некоторых возбудителей существовать вне зависимости от человека в природных очагах

в) фазность развития эпидемического процесса

Ответ: А

2. Звенья эпидемического процесса - это:

а) источник возбудителя инфекции

б) механизм передачи возбудителя

в) восприимчивое население

г) вода, воздух, почва, пища, предметы быта и др.

д) перечисленное в пунктах а, б, в

Ответ: Д

3. Механизм передачи – это:

а) эволюционно выработанный механизм, обеспечивающий паразиту смену индивидуальных организмов специфического хозяина для поддержания биологического вида и перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки с помощью элементов внешней среды или их сочетания

б) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью элементов внешней среды

в) варианты совокупностей элементов внешней среды, которые осуществляют перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки

Ответ: А

4. Эпидемия – это:
а) эпидемический процесс, при котором в данной местности и при данной инфекции отмечается обычное число случаев заболеваний;
б) групповые заболевания, не выходящее за пределы семьи, коллектива, населенного пункта и связанные между собой единым источником, путями и факторами передачи;
в) заболеваемость, свойственная и в высокой степени привязанная к данной местности, т.е. зависящая от природных, биологических и социальных факторов, оказывающих воздействие на эпидпроцесс в конкретном месте;
г) заболеваемость превышающая обычный уровень или возникающая там, где её не было. Ответ: Г

5. В какие сроки проводятся эпидемиологическое обследование очага инфекции:
а) по графику в плановом порядке;
б) в течение 2-х суток после получения экстренного извещения;
в) в любое свободное время по усмотрению эпидемиолога;
г) в первые 6 часов после получения экстренного извещения.
Ответ: Г

6. Предвестниками осложнения эпидситуации при кишечных инфекциях на пищевых предприятиях могут быть:
а) выявление возбудителей кишечных инфекций среди персонала
б) превышение допустимых показателей микробного загрязнения пищевых продуктов
в) высев патогенной флоры в смывах оборудования, инвентаря, рук персонала
г) обнаружение молочных продуктов с положительной пробой на фосфатазу
д) рост заболеваемости среди детей дошкольного и школьного возраста
Ответ: Б

7. Эпидемический процесс – это:
а) процесс взаимодействия популяций возбудителя паразита и людей
б) процесс взаимодействия возбудителя паразита и организма человека, животного, растения
в) процесс распространение инфекционных болезней среди животных
г) одновременное заболевание людей на ограниченной территории, в отдельном коллективе или группе эпидемиологически связанных коллективов
д) процесс возникновения и распространения инфекционных состояний (болезни, носительства) среди населения
Ответ: Д

8. Укажите неверное утверждение. Звенья эпидемического процесса – это:
а) источник инфекции
б) механизм передачи возбудителя
в) восприимчивое население
г) вода, воздух, пища, почва, предметы быта и др.
д) перечисленное в пунктах а, б, в
Ответ: Б

9. Укажите неверное утверждение. Проявления эпидемического процесса – это:
а) эндемия
б) эпидемия
в) энзоотия
г) вспышка

д) пандемия
Ответ: В

10. Сезонный подъем заболеваемости - это:
а) эпидемический подъем ее уровня в течение календарного года;
б) надбавка к уровню круглогодичной заболеваемости;
в) подъем заболеваемости, наступающий в одно и то же время года
вслед за активизацией или началом действий причин природного, биологического или социального характера;
г) эпидемический подъем заболеваемости, вызванный нерегулярными случайно действующими причинами социального характера;
д) эпидемический подъем заболеваемости, всегда обусловленный активизацией механизма передачи возбудителя инфекции.
Ответ: В

11. Эпидемиологическая диагностика это:
а) метод, позволяющий определить источник возбудителя и фактора передачи;
б) совокупность приемов, позволяющих выявить причины возникновения вспышки;
в) комплекс статистических приемов, позволяющих определить интенсивность эпидемического процесса;
г) совокупность приемов и способов, предназначенных для распознавания признаков (проявлений) эпидемического процесса, причин и условий его развития;
д) метод изучения эпидемиологических закономерностей инфекции.
Ответ: Г

12. Эпидемиология инфекционных болезней – это наука:
а) об эпидемиях
б) о механизме передачи возбудителя инфекции
в) о причинах, условиях и механизмах формирования заболеваемости населения
г) о закономерностях возникновения, развития и прекращения эпидемического процесса, способах его предупреждения и ликвидации
д) об организации противоэпидемичской работы
Ответ: Г

13. Что называют входными воротами инфекции**:**
а) ткани, лишенные физиологической защиты от микроорганизмов
б) предшествующее нарушение состояния организма, часто вызываемое вирусными инфекциями
в) ткани, лишенные физиологической защиты против конкретного вида, служащие местом проникновения микроорганизма в макроорганизм
Ответ: В

14. Что такое инфицирующая доза возбудителя ?
а) максимальное количество микробных клеток, способных вызвать инфекционный процесс
б) минимальное количество микробных клеток, способных вызвать инфекционный процесс
в) количество микробных тел, способных вызвать гибель 50% подопытных животных
Ответ: Б

15. Какие формы инфекции различают, в зависимости от природы возбудителя :
а) моноинфекция, смешанная инфекция
б) антропонозы, зоонозы, антропозоонозы, сопронозы

в) бактериальная, вирусная, грибковая, протозойная
Ответ: В

16. Какие формы инфекции различают, в зависимости от источника инфекции :
а) моноинфекция, смешанная инфекция
б) антропонозы, зоонозы; сапронозы
в) бактериальная, вирусная, грибковая, протозойная
Ответ: Б

17. Какие формы инфекции различают, в зависимости от локализации возбудителя в организме хозяина :
а) экзогенная, эндогенная, аутоинфекция
б) вторичная инфекция, рецидив, суперинфекция
в) местная, общая (бактериемия, септицемия, сепсис, септикопиемия, вирусемия);
г) манифестная, бессимптомная
Ответ: А

18. Какие формы инфекции различают, в зависимости от числа видов возбудителей, вызвавших инфекционный процесс :
а) вторичная инфекция, рецидив, суперинфекция, реинфекция
б) острая, хроническая, микробоносительство
в) моноинфекция, смешанная инфекция
Ответ: В

19. Какие формы инфекции различают, в зависимости от продолжительности взаимодействия возбудителя с макроорганизмом :
а) вторичная инфекция, рецидив, суперинфекция, реинфекция
б) острая, хроническая, микробоносительство
в) манифестная, бессимптомная
Ответ: Б

20. Из перечисленных характеристик макроорганизма имеет решающее значение с позиции развития эпидемического процесса:
а) возраст
б) пол
в) группа крови
г) восприимчивость
д) профессия
Ответ: Г

21. Тотальная иммунизация всех здоровых детей в соответствии с календарем прививок предусматривает защиту от 9 инфекций
а) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита, брюшного тифа, краснухи
б) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита, туляремии, вирусного гепатита В
в) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита, клещевого энцефалита
г) туберкулеза, полиомиелита, кори, коклюша, дифтерии, эпидемического паротита/краснухи, вирусного гепатита В
Ответ: Г

22. Цель первой возрастной ревакцинации против дифтерии и коклюша:
а) завершить создание грундиммунитета
б) поддержать иммунитет на уровне защитного
в) создать иммунологическую память
г) оживление иммунологической памяти.
Ответ: Б, Г

23. Профилактические мероприятия проводят:
а) вне зависимости от наличия случаев инфекционных заболеваний
б) при единичных случаях инфекционных заболеваний
в) при множественных случаях инфекционных заболеваний
Ответ: А

24. К противоэпидемическим средствам относят:
а) вакцины
б) бактериофаги
в) эритроцитарные диагностикумы
г) ратициды
Ответ: А, Б

25. Противоэпидемические мероприятия, которые проводят медицинские силы:
а) лечение инфекционных больных
б) выявление бактерионосителей
в) отлов безнадзорных животных
г) захоронение радиоактивных отходов
д) вакцинация населения
Ответ: А,Б,Д

26. В наибольшем количестве стафилококки встречаются:
а) на коже человека
б) в зеве
в) в передних отделах носа
г) в полости рта
Ответ: В

27. Стафилококки вызывают у человека все заболевания, кроме:
а) скарлатины, рожистого воспаления
б) гнойновоспалительных процессов кожи, лимфоузлов
в) гнойновоспалительных процессов органов дыхания, зрения, придаточных пазух носа
г) гнойновоспалительных процессов ЦНС
д) сепсиса
е)пищевых отравлений
Ответ: А

28. Род стафилококков характеризует:
а) расположение клеток в виде гроздьев
б) наличие каталазы
в) подвижность
г) анаэробная ферментация глюкозы
д) рост на кровяном агаре с 40% желчи
е) положительная окраска по Граму

Ответ: А,Б,Г,Е

29. S.aureus продуцирует все токсины, кроме:
а) эндотоксина
б) энтеротоксина
в) эксфолиатина
г) лейкоцидина
д) α , β ,γ, δ, гемолизинов
е)TSST (токсин синдрома токсического шока)
Отет: А

30. Для специфической профилактики и лечения стафилококковых инфекций используют все препараты, кроме:
а) специфического гамма-глобулина
б) специфического бактериофага
в) АКДСвакцины
г) моноанатоксина
д) аутовакцины
Ответ: В

31. Какой клинический материал можно использовать при бактериологической диагностике стафилококковых инфекций?
а) гной
б) мокроту, носоглоточную слизь
в) аспираты из синусов
г) суставную жидкость
д) кровь
е) ликвор
ж) экссудаты из различных полостей
Ответ: А, Б, В

32. К гноеродным стрептококкам, играющим серьезную роль в инфекционной патологии, относятся следующие виды:
а). S.pyogenes
б). S.agalactiae.
в). S.pneumoniae
г). S.salivarius
д). S.sangius
Ответ: А,Б,В

33. Стрептококки могут вызывать все перечисленные заболевания, кроме:
а) гнойно-воспалительных процессов любой локализации,
б) сепсиса,
в) менингита,
г) скарлатины,
д) болезни Лайма,
е) ревматизма
Ответ: Д

34. Основные пути передачи при стафилококковых и стрептококковых инфекциях:
а) воздушно-капельный
б) контактно-бытовой

в) пищевой
г) трансмиссивный,
д) половой,
е) парентеральный
Ответ: А, Б

35. Для стрептококков характерно:
а) шаровидная форма
б) положительная окраска по Граму
в) расположение в мазках цепочками, попарно
г) отсутствие подвижности, спорообразования
д) отсутствие каталазной активности
е) факультативно анаэробный тип дыхания
Ответ: А-Е

36. Пневмококки могут вызывать у человека:
а) внебольничные пневмонии
б) сепсис
в) гнойно-воспалительные процессы различной локализации
г) острые кишечные заболевания
д) озену, склерому
е) язвенный стоматит.
Ответ: а, Б, В

37. Для S.pneumoniae характерны признаки:
а) α – гемолиз
б) чувствительность к оптохину
в) лизис желчью
г) отсутствие роста в щелочном и солевом бульонах
д) ферментация инулина
е) отсутствие роста при 10º и 45º С
Ответ: А-Е

38. При микроскопии мазка мокроты обнаружены ланцетовидные Грам положительные диплококки, окруженные капсулой. Можно предположить, что это:
а) Klebsiella pneumoniae
б) Streptococcus pneumoniae
в) Mycoplasma pneumoniae
г) Neisseria meningitides
Ответ: Б

39. У человека инфекционные заболевания могут вызывать клебсиеллы следующих видов:
а) K. oxytoca
б) K. planticola
в) K. terrigena
г) K. pneumoniae
д) все перечисленные
Ответ: Д

40. Какой из перечисленных симптомов не характерен для первичнолегочной формы чумы?
а) внезапное начало
б) озноб

в) кашель
г) боль в груди
д) серозно-гнойная мокрота
Ответ: Д

41. Какой материал используется для бактериологического исследования при первичной легочной форме чумы?
а) кровь
б) мокрота
в) слизь из зева
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
Ответ: Г

42. Исключите неправильное утверждение в отношении возбудителя сибирской язвы:
а) грамположительная палочка
б) вырабатывает экзотоксин
в) вегетативная форма неустойчива во внешней среде
г) интенсивно размножается в окружающей среде
д) образует споры
Ответ: Г

43. Сибиреязвенный карбункул характеризуется следующими особенностями, кроме:
а) наличие черного струпа в центре
б) наличие венчика гиперемии вокруг струпа
в) формирование резко болезненного регионарного бубона
г) наличие распространенного отека тканей
д) снижение болевой чувствительности в зоне карбункула
Ответ: В

44. При лабораторной диагностике сибирской язвы не используют метод:
а) бактериоскопический
б) бактериологический
в) кожно-аллергическая проба
г) серологический
д) вирусологический
Ответ: Д

45.Укажите неправильное утверждение. Показания для обследования на малярию:
а) все лихорадящие больные с неясным диагнозом
б) лихорадящие больные с лимфоаденопатией
в) доноры
г) лихорадящие больные, прибывшие из стран, неблагоприятных в эпидемиологическом отношении по малярии
д) лихорадящие больные, в анамнезе у которых имеются указания на перенесенную в прошлом малярию
Ответ: б.

46.Укажите неправильное утверждение. Осложнениями тропической малярии являются:
а) кома

б) дегидратационный шок
в) гемоглобинурийная лихорадка
г) инфекционно-токсический шок
д) почечная недостаточность
Ответ: б

47.Длительность эритроцитарной шизогонии при тропической малярии:
а) 48 часов
б) 72 часа
в) 96 часов
г) 4 х дневная
д) 24 часа
Ответ: а

48.Кома развивается при малярии, вызванной:
а) Pl. vivax
б) Pl. ovale
в) PI. malaria
г) Pl. falciparum
д) Pl. onefilus
Ответ: г

49.Укажите неправильное утверждение. Поздние рецидивы наблюдаются при следующих видах малярии:
а) трехдневная
б) четырехдневная
в) тропическая
г) овале-малярии
д) вивакс-малярии
Ответ: в

50.Укажите неправильное утверждение. Для бубона при туляремии характерно:
а) умеренная болезненность
б) выраженный периаденит
в) отчетливая конфигурация бубона
г) отсутствие изменений кожи над бубоном
д) склерозирование бубона
Ответ: б

51.Для лабораторного подтверждения малярии исследуют:
а) микроскопию мазка крови
б) посев крови
в) посев мочи
г) микроскопию слюны
д) реакцию агглютинации
Ответ: а

52.Укажите характер температурной кривой при четырехдневной малярии:
а) повышение температуры через 24часа
б) повышение температуры через 48 часов
в) повышение температуры через 72 часа
г) повышение температуры через 76 часов

д) повышение температуры через 92 часа
Ответ: в

53.Тропическую малярию вызывает:
а) Pl.vivax
б) Pl.ovale
в) PI.malaria
г) PI. falciparum
д) L. donovani
Ответ: г

54.Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:
а) примахин
б) делагил
в) антибиотики
г) нитрофураны
д) макролиды
Ответ: а

55.Для малярии характерен тип температурной кривой:
а) перемежающейся лихорадки
б) послабляющейся лихорадки
в) постоянный
г) гектический
д) субфебрильный
Ответ: а

56.Укажите органоиды движения и захватывания пищи у амеб:
а) псевдоподии и клеточный рот;
б) псевдоподии;
в) клеточный рот и реснички;
г) реснички и псевдоподии;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: б

57.Укажите характерные признаки для простейших:
а) образование сократительной вакуоли;
б) образование сократительной вакуоли и инцистирование;
в) образование цист;
г) наличие рибосом и митохондрий;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: б

58.Укажите органоиды специального назначения у простейших:
а) митохондрии;
б) рибосомы;
в) ЭПС и сократительные вакуоли;
г) жгутики и блефаропласт;
д) жгутики и митохондрии.
Ответ: г

59.Назовите органоиды специального назначения у простейших:

а) митохондрии и реснички;
б) реснички и жгутики;
в) ЭПС и реснички;
г) кинетопласт и ЭПС;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: б

60.Назовите органоид простейших, выполняющий выделительную функцию и газообмен:
а) сократительные вакуоли;
б) сократительные и пищеварительные вакуоли;
в) пищеварительные вакуоли;
г) аппарат Гольджи;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: а

61.Отметить процесс, развивающийся у простейших при наступлении неблагоприятных условий:
а) спорообразование;
б) инцистирование;
в) копуляция и спорообразование;
г) эндодиогения;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: б

62.Отметить природно-очаговые заболевания:
а) лямблиоз;
б) лейшманиоз и лямблиоз;
в) амебиаз;
г) балантидиаз;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: д

63.Отметить трансмиссивные природно-очаговые заболевания:
а) лейшманиоз и балантидиаз;
б) лейшманиоз, амебиаз;
в) лейшманиоз, трипаносомоз;
г) трипаносомоз, токсоплазмоз;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: в

64.Назвать трансмиссивное антропонозное заболевание:
а) токсоплазмоз;
б) малярия;
в) балантидиаз;
г) амебиаз;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: б

65.Выберите правильное сочетание двух зооантропонозных заболеваний:
а) амебиаз и малярия;
б) трихомонадоз и лямблиоз;
в) лейшманиоз и токсоплазмоз;

г) лейшманиоз и амебиаз;
д) ни один из вышеназванных ответов.
Ответ: г

66.Заражение малярией происходит в результате укуса:
а) комара рода куликс
б) комара рода анофелес
в) иксодового клеща
г) блохи
д) платяной вши
Ответ: б

67.В каких насекомых возбудители проходят половой цикл развития:
а) малярийные комары
б) блохи
в) клещи
г) мухи
д) платяные вши
Ответ: а

68.Первичной локализацией патологического процесса в кишечнике при амебиазе является:
а) слепая и восходящая кишка
б) поперечно-ободочная кишка
в) прямая кишка
г) сигмовидная кишка
д) подвздошная и тощая кишка
Ответ: а

69.Укажите, какой наиболее характерный стул при кишечной форме амебиаза:
а) обильный, водянистый без примесей
б) скудный жидкий стул с примесями слизи и крови
в) жидкий типа "малинового желе", зловонный
г) обильный жидкий, с примесью "рубленного яйца", пенистый
д) кашицеобразный со слизью
Ответ: в

70.Заболевание, возникающее у человека в результате поражения организма глистами, яйцами или личинками, которые попали с пищей, приготовленной с нарушением санитарных правил
а) микотоксикоз
б) острая кишечная инфекция
в) зоонозы
г) гельминтозы
Ответ: Г

71. Как проявляются глистные заболевания у человека?
а) тошнота, головокружение, плохой аппетит
б) хороший аппетит, человек быстро набирает вес
в) похудение, малокровие, задержка роста и умственного развития
г) быстрый рост, отсутствие аппетита
Ответ: В

72. Какова причина заражения человека бычьим цепнем?

а) грязные руки
б) плохо проваренное и прожаренное мясо
в) плохо проваренная и прожаренная рыба
г) плохо вымытые фрукты и овощи
Ответ: Б

73. Какова причина заражения человека личинками широкого лентеца?
а) грязные руки
б) плохо проваренное и прожаренное мясо
в) плохо проваренная и прожаренная рыба
г) плохо вымытые фрукты и овощи
Ответ: В

74. Как попадает инвазивный материал в организм человека при эхинококкозе?
а) через слизистую дыхательных путей
б) через поврежденную кожу
в) через слизистую желудочно-кишечного тракта
Ответ: В

75. Что является природным резервуаром при эхинококкозе?
а) крупный или мелкий рогатый скот
б) собаки
в) домашние птицы
г) больной человек
Ответ: А

76. Возбудителями острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) являются все нижеперечисленные семейства, кроме:
а) вирусы гриппа (семейство ортомиксовирусов)
б) вирусы парагриппа (семейство парамиксовирусов)
в) респираторносинцитиальный вирус (семейство парамиксовирусов)
г) ротавирусы (семейство реовирусов)
д) риновирусы (семейство пикорнавирусов)
Ответ: В

77. Вирус гриппа относится к семейству:
а) пикорнавирусов
б) ортомиксовирусов
в) парамиксовирусов
г) поксвирусов
Ответ: А

78. Ультраструктура вируса гриппа включает:
а) фрагментированную РНК
б) нефрагментированную рнк
в) двунитчатую рнк
г) днк
д) капсид
е) внешнюю оболочку
Ответ: А

79. 8 фрагментов РНК вирусов гриппа А и В кодируют следующие белки, кроме:

а) гемагглютинин
б) нейраминидазу
в) Мбелок (матриксный)
г) Р1, Р2, Р3 – белки (полимеразы)
д) РНП (рибонуклеопротеид)
е) NSбелок (неструктурный)
ж) Fбелок слияния клеточных мембран с вирусной оболочкой
Ответ: Д

80. Основными антигенами вирусов гриппа А и В являются:
а) гексонантиген
б) гемагглютинин (НА)
в) нейраминидаза (NA)
г) рибонуклеопротеид (РНП)
д) Мантиген (матриксный белок, связанный с NP)
е) белок слияния, гемолиза
Ответ: Б, В

81. Гемагглютинин и нейраминидаза вируса гриппа являются:
а) поверхностными антигенами
б) внутренними (сердцевинными) антигенами
Ответ: А

82. Рибонуклеопротеид (РНП) и Мматриксный белок вируса гриппа являются:
а) поверхностными антигенами
б) внутренними (сердцевинными) антигенами
Ответ: А

83. Гемагглютинин вирусов гриппа А и В (Нантиген) обладает следующими свойствами:
а) склеивает эритроциты, выявляется в РГА и РТГА
б) выявляется при взаимодействии с сиаловыми кислотами
в) стимулирует образование антигемагглютининов, обладающих защитными свойствами
г) консервативен
д) стимулирует образование антител, не обладающих защитными свойствами
е) подвержен изменчивости с образованием шифт и дрейфвариантов
ж) участвует в адсорбции вируса на клетке
з) поверхностный гликопротеин
и) положен в основу классификации вирусов гриппа на типы
к) положен в основу классификации вирусов гриппа А на подтипы
Ответ: б, г, д, и

84. Вирусы гриппа подразделяют на типы:
а) 1, 2, 3, 4, 5
б) А, В, С
в) A, B, C, D, E, F
Ответ: Б

85. Подтипы вируса гриппа А определяют в реакции:
а) РТГА
б) РСК
в) реакции гемадсорбции
г) РПГА

Ответ: Д

86. Укажите карантинные инфекции:
а) ветряная оспа
б) сап
в) бешенство
г) холера
Ответ:Г

87. Инфекция, управляемая средствами, иммунопрофилактики – это:
а) аденовирусная инфекция
б) инфекционный мононуклеоз
в) корь
г) скарлатина
д) паракоклюш
Ответ: В

88. Какое заболевание характеризуется эндемичностью:
а) корь
б) малярия
в) коклюш
г) ВИЧ-инфекция
д) сыпной тиф
Ответ: Б

89. Укажите природно-очаговые заболевания:
а) малярия
б) клещевой энцефалит
в) дифтерия
г) педикулез
Ответ: Б

90. Для лабораторной диагностики гриппа используют все методы, кроме:
а) аллергический метод
б) вирусоскопию (РИФ, риноцитоксопию), ИФА
в) вирусологический метод (выделение вируса)
г) серологический метод
Ответ: В

91. Вирусы парагриппа относятся к семейству:
а) ортомиксовирусов
б) аденовирусов
в) пикорнавирусов
г) коронавирусов
д) парамиксовирусов
Ответ: А

92. Представители семейства парамиксовирусов отличаются от представителей ортомиксовирусов наличием:
а) нефрагментированной РНК
б) фрагментированной РНК

в) белка слияния, гемолиза (Fбелка)
г) незначительной антигенной изменчивостью
Ответ: В

93. Постинфекционный иммунитет при парагриппе:
а) не защищает от реинфекции
б) защищает от реинфекции
в) не защищает от повторных заболеваний, но снижает их тяжесть
г) антитела к вирусам парагриппа 1 и 3 типов формируются у большинства детей на 23 году жизни
д) антитела к вирусам парагриппа 1 и 3 типов формируются у большинства детей к 7 году жизни
Ответ: А

94. Риновирусы относятся к семейству:
а) ортомиксовирусов
б) коронаровирусов
в) пикорновирусов
г) аденовирусов
Ответ:Б

95. Источником возбудителя туберкулезной инфекции для человека является:
а) предметы окружающей среды;
б) больной человек;
в) продукты питания;
г) кровососущие членистоногие насекомые;
д) все перечисленное.
Ответ: Б

96. Основные профилактические мероприятия при гриппе
а) иммунизация в предэпидемический период
б) применение иммуномодулирующих препаратов
в) лечение больных
г) проведение очаговой дезинфекции, ношение защитных масок
при уходе за больными
Ответ: А, Б

97. Аденовирусы могут вызывать все нижеперечисленные заболевания, кроме:
а) внутриутробную инфекцию плода, смертельную пневмонию новорожденных
б) фарингоконъюнктивальную лихорадку
в) гастроэнтериты
г) ОРЗ (фарингиты, ларингиты, пневмонии)
д) мононуклеоз
Ответ: А

98. Онкогенными свойствами обладают возбудители ОРВИ:
а) вирус гриппа
б) аденовирусы
в) риновирусы
г) коронавирусы
Ответ: А

99. Вирус кори относится к семейству:
а) ортомиксовирусов
б) парамиксовирусов
в) аденовирусов
г) коронавирусов
Ответ: А

100. Вирус кори содержит:
а) односпиральную минус нить РНК
б) односпиральную плюс нить РНК
в) двунитевую РНК
г) ДНК
Ответ: Б

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

1.Что такое педагогика ?
1) Педагогика изучает закономерности развития ребенка и определяет пути его педагогического процесса в медицине.
2) Педагогика – это наука о воспитании, образовании и обучении людей.
3) Педагогика – это искусство воздействия воспитателя на воспитанника с целью формирования его мировоззрения.
4) Педагогика – наука о воспитании человека на всех возрастных этапах его развития.
Ответ: 4.

2. Какой термин, на ваш взгляд, наиболее точно определяет сферу действия науки о воспитании ?
1) Педагогика (от греч. «пайдос» - дитя – мальчик и «аго» - вести).
2) Андрогогика (от греч. «андрос» - мужчина и «аго» - вести).
3) Педология (от греч. «пайдос» - дитя и «логос» - наука).
4) Антропология (от греч. «антропос» - человек и «логос» - наука).
Ответ: 1

3. Какие задачи ставятся перед педагогической наукой?
1) Воспитание, обучение подрастающего поколения.
2) Познание законов педагогического процесса в медицине, вооружение педагогов-практиков знанием теории учебно-воспитательного процесса.
3) Изучение педагогического процесса в медицине как фактора духовного развития детей.
4) Изучение проблем образования и обучения людей во всем мире.
Ответ: 2

4.Что определило развитие педагогики как науки?
1) Прогресс науки и техники.
2) Биологический закон сохранения рода.
3) Объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
4) Повышение роли педагогического процесса в медицине в общественной жизни.

5.Что называется воспитанием?
1) Направленное воздействие на человека с целью формирования у него определенных знаний.
2) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности.

3) Формирование образов, законченных представлений об изучаемых явлениях.

4) Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех факторов.

Ответ: 2

6.Что называется обучением?

1) Специально организованный, целеполагаемый и управляемый процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков, формирование мировоззрения, развитие умственных сил и возможностей обучаемых.

2) Отражение человеком объективной действительности в форме фактов, представлений, понятий и законов науки.

3) Объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.

4) Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.

Ответ: 1

7.Что такое образование?

1) Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.

2) Специально организованный, целеполагаемый и управляемый процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков, формирование мировоззрения, развитие умственных сил и возможностей обучаемых.

3) Объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.

4) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.

Ответ: 3

8.Что такое формирование?

1) Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека. 2) Процесс развития человека как социального существа под воздействием всех факторов – экологических, социальных, экономических, идеологических, психологических.

3) Направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний, умений и навыков.

4) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.

Ответ: 2

9.Укажите, в какую группу включены науки, входящие в систему педагогических наук.

1) Дидактика, психология, история, философия, школоведение, теория педагогического процесса в медицине, школьная гигиена, сравнительная педагогика.

2) Общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов, специальные педагогики, история педагогики.

3) Педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, педагогика высшей школы, педагогика профессионально-технического образования.

4) Общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология, дошкольная педагогика, школоведение, история школы.

Ответ: 2

10. Какое наблюдение можно отнести к методу научного исследования?

1) Дежурный педагог наблюдает за порядком в столовой.

2) Педагог ведет наблюдение за развитием школьников при изучении отдельных тем курса с помощью компьютерных программ.

3) Классный руководитель наблюдает за опрятностью одежды школьников.

4) На экскурсии педагог биологии вместе с учениками наблюдает за поведением муравьев.

Ответ: 2

11. Что такое метод научного исследования?

1) Пути, способы познания объективной реальности.

2) Специально организованное восприятие исследуемого объекта, процесса или явления.

3) Организованная познавательная деятельность, направленная на установление исторических связей.

4) Путь, способ достижения результатов обучения.

Ответ: 1

12.Укажите, в какую группу включены методы научно-педагогического исследования.

1) Наглядный, практический, метод наблюдения, словесный, беседа, эксперимент.

2) Наблюдение, изучение опыта, первоисточников, анализ школьной документации, изучение ученического творчества, беседы, педагогический эксперимент, тестирование, анкетирование, статистический метод, моделирование.

3) Словесный, наглядный, практический, индуктивный, дедуктивный, проблемно-поисковый, лабораторный, программированный, эксперимент, наблюдение, тестирование, анкетирование.

4) Рассказ, беседа, лекция, дискуссия, иллюстрация, лабораторный метод, практический метод, методы программированного обучения.

Ответ: 2

13.Что такое педагогический эксперимент?

1) Научно поставленный опыт преобразования педагогического процесса в точно учитываемых условиях.

2) Специально организованное восприятие исследуемого объекта, процесса или явления.

3) Целенаправленное, одинаковое для всех испытуемых обследование, проводимое в строго контролируемых условиях.

4) Метод массового сбора материала с помощью специально разработанных опросников.

Ответ: 1

14.Что такое тестирование?

1)Целенаправленное, одинаковое для всех испытуемых обследование, проводимое в строго контролируемых условиях, позволяющее объективно измерять характеристики педагогического процесса.

2) Метод массового сбора материала с помощью специально разработанных опросников.

3)Научно поставленный опыт преобразования педагогического процесса в точно учитываемых условиях.

4)Расположение собранных данных в определенной последовательности, определения места в этом ряду изучаемых объектов.

Ответ: 1

15.Какие факторы влияют на развитие личности?

1)Биологический, наследственный, окружающая среда, воспитание.

2)Наследственность, социальная среда, воспитание.

3)Обучение, образование, воспитание.

4)Наследственность, среда, деятельность, развитие.

Ответ: 2.

16.Выберите полный ответ. Развитие – это:

1) Накопление количественных изменений в организме человека.

2) Уничтожение старого и возникновение нового.

3) Становление человека как социального существа, которое происходит в процессе жизни и деятельности.

4) Количественные и качественные изменения в организме человека, происходящие во времени под воздействием различных факторов.

Ответ: 4

17.Что такое среда?

1) Реальная действительность, в условиях которой происходит развитие человека.

2) Становление человека как социального существа, которое происходит в процессе жизни и деятельности.

3) Внешние условия, влияющие на формирование и развитие личности.

4) Ближняя среда, дальняя среда, социальная среда.

Ответ: 1.

18. Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:

1) культурологический подход

2) психологический подход

3) индивидуальный подход

4) комплексный подход

5) системный подход

Ответ: 4

19. Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

1) Сотрудничество семьи, школы, общественности

2) Взаимоотношения воспитателей и пациентов

3) Влияние на воспитанника через коллектив

4) Влияние родителей и воспитателей на воспитанника

5) Влияние на волю, сознание и поведение воспитанника

Ответ: 3

20. Наказание:

1) Просьбы, стимулирование, добрые дела

2) Метод педагогического процесса в медицине, проявляющийся в форме требования

3) Управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел

4) Способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия

5) Воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни

Ответ: 5

21. Педагогический процесс – процесс:

1) взаимодействия

2) воздействия

3) рефлексии

4) обратного действия

5) действия

Ответ: 2

22. К какому принципу обучения вы отнесете правило «Как можно чаще используйте вопрос «почему?», чтобы научить учащихся мыслить причинно: понимание причинно-следственных связей - непременное условие развивающего обучения»?
1) Наглядности.
2) Научности.
3) Доступности
4) Связи теории с практикой
5) Принцип сознательности и творческой активности
Ответ: 5

23. Психологическое состояние затруднения, невозможность объяснить факт или решить задачу опорой на имеющиеся знания:
1) Низкий уровень знаний учащихся
2) Проблемная ситуация
3) Низкий уровень знаний учителя
4) Затруднения, возникшие в учебном процессе
5) Несоответствие знаний учащихся необходимым требованиям
Ответ: 2

24. Диалог как форма, принцип, средство обучения, он определяет цели и содержание обучения в технологии
1) Л.В.Занкова
2) А.Г.Ривина
3) А.А. Амонашвили
4) Д.Б.Эльконина – В.В.Давыдова
5) В.С.Библера, С.Ю.Курганова
Ответ: 5

25. Учебная беседа, в ходе которой вопросы задают преимущественно обучающиеся, - есть:
1) дискуссия
2) опрос
3) обсуждение
4) диалог
5) консультация
Ответ: 5

26. Приемы педагогического процесса в медицине – это:
1) часть общего метода
2) форма организации педагогического процесса в медицине
3) средство педагогического процесса в медицине
4) воспитывающие ситуации
5) критерии оптимизации
Ответ: 1

27. Основной метод педагогического процесса в медицине
1) убеждение
2) слово врача
3) приучение
4) упражнение
5) пример
Ответ: 1

28. Всеобщий метод формирования необходимых качеств называется:
1)гимнастика
2) воспитание
3) беседа
4) тренировка
5) упражнение
Ответ: 5

29. К основным принципам поведенческой терапии в процессе обучения пациентов не относится:
1) Принцип уважительного отношения к больному, его проблемам
2) Принцип непрерывности
3) Принцип оптимальности по времени и объему информации
4) Принцип структурированности, определенности целей и задач
5) Принцип динамичности
Ответ: 5

30. Критерием эффективности педагогического процесса в медицине являются
1)сформированность умений и навыков поведения в соответствии с возрастом пациентов
2) противоречие между требованиями среды к человеку и его возможностями
3) формирование эстетического вкуса
4) воспитание художественного вкуса, улучшение эмоционального самочувствия
5) уровень профессиональной подготовки
Ответ: 1

31. Психологическое состояние затруднения, невозможность объяснить факт или решить задачу опорой на имеющиеся знания:
1) Низкий уровень знаний учащихся
2) Проблемная ситуация
3) Низкий уровень знаний учителя
4) Затруднения, возникшие в учебном процессе
5) Несоответствие знаний учащихся необходимым требованиям
Ответ: 2

32. Диалог как форма, принцип, средство обучения, он определяет цели и содержание обучения в технологии
1) Л.В.Занкова
2) А.Г.Ривина
3) А.А. Амонашвили
4) Д.Б.Эльконина – В.В.Давыдова
5) В.С.Библера, С.Ю.Курганова
Ответ: 5

34. Учебная беседа, в ходе которой вопросы задают преимущественно пациенты, - есть:
1) дискуссия
2) опрос
3) обсуждение
4) диалог
5) консультация
Ответ: 5

35. Привлечение всех органов чувств к восприятию учебного материала есть принцип

1)Прочности
2) Научности
3) Систематичности и последовательности
4) Доступности
5) Наглядности
Ответ: 5

36. Путь достижения цели и задач обучения :
1) Форма обучения
2) Методика обучения
3) Метод обучения
4) Способ обучения
5) Принцип обучения
Ответ: 3

37. Отрасль педагогической науки, изучающая процесс обновления педагогической деятельности :
1) Инновационное обучение
2) Педагогическая инноватика
3) Инновационная деятельность
4) Инновационное образование
5) Педагогическая инновация
Ответ: 2

38. Этапы, необходимые для подготовки занятия с пациентом:
1)прогнозирование, тренировка, упражнения
2) планирование, ход урока, рефлексия
3) диагностика, прогнозирование, планирование
4) диагностика, планирование, мастерство проведения
5) прогнозирование, сбор учебной информации, гимнастика ума
Ответ: 3

39. Уровень притязаний характеризуется:
1)желаемым уровнем самооценки личности
2) особенность волевой сферы индивида, выражающаяся в стремлении поступать по своему
3) выбором субъектом цели очередного действия, формирующимся в результате переживания успеха или неуспеха ряда прошлых действий
4) свойство нервной системы, выражающее соотношение между возбуждением и торможением
5) уровнем трудности будущих действий
Ответ: 1

40. Компонент структуры личности
1) мышление
2) возраст
3) характер
4) память
5) пол
Ответ: 4

41. Раскрытие механизмов и закономерностей обучающего и воспитывающего воздействия на интеллектуальное и личностное развитие обучаемого является задачей
1) Педагогического менеджмента

2) Возрастной психологии
3) Педагогической психологии
4) Педагогики
5) Дидактики
Ответ: 3

42. Система внешних по отношению к субъекту условий, побуждающих и опосредствующих его активность - это
1)влияние педагога
2) педагогическая ситуация
3) условие педагогического процесса в медицине
4) договор
5) педагогическая значимость
Ответ: 2

43. Основная побудительная сила развития человека:
1) Генотип
2) Воспитание
3) Научение
4) Обучение
5) Врождённые качества
Ответ: 4

44. Раздел педагогической психологии:
1) психология младшего школьника
2) психология педагогического процесса в медицине
3) психология подростка
4) психология развития
5) психология юноши
Ответ: 2

45. Способность выполнять определенные действия с хорошим качеством и успешно справляться с деятельностью, включающей эти действия – это:
1) Интеракция
2) Знание
3) Привычка
4) Умение
5) Навык
Ответ: 4

46. К какому принципу обучения вы отнесете правила: от легкого к трудному, от неизвестного к известному, от простого к сложному?
1) Наглядности.
2) Научности.
3) Доступности
4) Связи теории с практикой
5) Принцип сознательности и творческой активности
Ответ: 3

47. К какой классификации методов обучения можно отнести «объяснительно- иллюстративный, репродуктивный, проблемный, частично-поисковый, исследовательский»?

1) По источникам знаний.
2) По степени взаимодействия учителя и учащихся.
3) По принципу соединения и расчленения знания.
4) По характеру познавательной деятельности учащихся и участия учителя в учебном процессе
5) по дидактическим целям
Ответ: 4

48. Учение – это…:
1) Упорядоченная деятельность педагога, направленная на реализацию цели обучения, обеспечение информирования, осознания и практического применения знаний
2) Процесс деятельности учащегося по освоению знаний, умений и навыков, опыта, творчества и эмоционально-ценностных отношений, в ходе которого возникают новые формы поведения и деятельности, применяются ранее приобретенные знания и навыки
3) Целенаправленный процесс взаимодействия педагога с учащимися, их совместной деятельности, в ходе которой осуществляется образование, воспитание и развитие
4) Информация, которая может преобразовываться и использоваться, совокупность информационных идей человека, в которых выражается теоретическое овладение этим предметом
5) Процесс становления культурного человека и результат обучения, система приобретенных знаний, умений, навыков, способов мышления, мировоззрения, нравственности и общей культуры.
Ответ: 2

49. Определить содержание обучения – значит ответить на вопрос
1) сколько учить
2) кого учить
3) зачем учить
4) как учить
5) чему учить
Ответ: 5

50. Знание – это…:
1) Упорядоченная деятельность педагога, направленная на реализацию цели обучения, обеспечение информирования, осознания и практического применения знаний
2) Процесс деятельности учащегося по освоению знаний, умений и навыков, опыта, творчества и эмоционально-ценностных отношений, в ходе которого возникают новые формы поведения и деятельности, применяются ранее приобретенные знания и навыки
3) Целенаправленный процесс взаимодействия педагога с учащимися, их совместной деятельности, в ходе которой осуществляется образование, воспитание и развитие
4) Информация, которая может преобразовываться и использоваться, совокупность информационных идей человека, в которых выражается теоретическое овладение этим предметом
5) Процесс становления культурного человека и результат обучения, система приобретенных знаний, умений, навыков, способов мышления, мировоззрения, нравственности и общей культуры.
Ответ: 4

51. Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:
1) культурологический подход
2) психологический подход
3) индивидуальный подход
4) комплексный подход
5) системный подход
Ответ: 4

52. Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

1) Сотрудничество семьи, школы, общественности
2) Взаимоотношения воспитателей и пациентов
3) Влияние на воспитанника через коллектив
4) Влияние родителей и воспитателей на воспитанника
5) Влияние на волю, сознание и поведение воспитанника
Ответ: 3

53. Наказание:
1) Просьбы, стимулирование, добрые дела
2) Метод педагогического процесса в медицине, проявляющийся в форме требования
3) Управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел
4) Способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия
5) Воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни
Ответ: 4

54. Педагогический процесс в медицине – процесс:
1) взаимодействия
2) воздействия
3) рефлексии
4) обратного действия
5) действия
Ответ: 2

55. Концепцией развивающего обучения предусматривается, что:
1) Вне деятельности нет развития
2) Обучение опирается на зону ближайшего развития ребенка
3) Ученик рассматривается как субъект учебной деятельности
4) Обучение опережает развитие
5) Принцип природосообразности
Ответ: 2

56. Что понимается под принципами обучения?
1) фундаментальные положения, которые отражают общие требования к организации учебного процесса.
2) Исходные положения, которые определяют содержание, организационные формы и методы учебной работы в соответствии с целью воспитания и обучения.
3) Общие закономерности и методы преподавательской работы учителя.
4)Общие принципы взаимодействия учителя и учащегося
5) все ответы верны
Ответ: 1

57. Характерные черты учебного процесса как системы не включают:
1) целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
2) системность, комплексность
3) целенаправленность и упорядоченность
4) динамичность
5) компетентность преподавательского состава
Ответ: 5

58.Что называется развитием?

1) Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме, психике, интеллектуальной и духовной сфере человека, обусловленный влиянием внешних и внутренних, управляемых и неуправляемых факторов.

2) Процесс развития человека как социального существа под воздействием всех факторов.

3) Целенаправленный и организованный процесс формирования личности.

4) Направленное воздействие на человека со стороны учителя с целью формирования у него определенных знаний.

Ответ: 1

59. Какая модель общения врача и пациента базируется на доверии и взаимном согласии:

1) информационная

2) интерпретационная

3) совещательная

4) патерналистская

5) нет правильного ответа

Ответ: 3

60. Педагогика в медицинском образовании стала самостоятельной отраслью в нашей стране

1) с середины 70-х годов 20 века

2) в н. 19 века

3) в 80-х годах 20 века

4) в 90-х годах 20 века

5) в конце 19-го столетия

Ответ: 1

61. Последовательность этапов процесса усвоения:

1)приобретение знаний – запоминание – применения на практике

2) постановка проблемы – выдвижение гипотезы – ее доказательство

3) ощущение – восприятие – осознание

4) восприятие – осмысление – закрепление – применение

5) запоминание – понимание – осмысление – обобщение

Ответ: 4

62. Нововведение в педагогическую деятельность:

1)Педагогическая инноватика

2) Инновационная деятельность

3) Инновационное образование

4) Педагогическая инновация

5) Инновационное обучение

Ответ: 1

63. Процесс получения информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов:

1) Педагогический мониторинг

2) Педагогическая диагностика

3) Педагогическая рефлексия

4) Педагогический менеджмент

5) Педагогический анализ

Ответ: 2

64. Стремление удовлетворить своекорыстные личные потребности и интересы безотносительно к потребностям и интересам других:

1)эгоизм
2) альтруизм
3) социализация
4) деспотизм
5) центризм
Ответ: 1

65. Способность личности к приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях:
1)совместимость
2) лидерство
3) адаптивность
4) пластичность
5) дезадаптация
Ответ: 3

66. Способности врача, определяющие высокие результаты в любой деятельности:
1) вербальные
2) общие
3) специальные
4) невербальные
5) коммуникативные
Ответ: 2

67. Привлекательность учебного материала, вызывающая определенные чувства и способствующая успешности запоминания материала :
1) осмысленность знаний
2) важность усвоения
3) эмоциональные особенности
4) трудность выполнения
5) объем материала
Ответ: 3

68.Переход внешних предметных действий во внутренние умственные:
1) интериоризация
2) экстериоризация
3) валидность
4) активизация
5) сублимация
Ответ: 1

69. Взаимосвязь педагогики и медицины обусловлена:
1) появлением специальных отраслей педагогического знания
2) изучением физических, физиологических, душевных и духовных особенностей человека
3) изучением человека во всех проявлениях его природы
4) познанием человеческого общества.
5) проблемой соотношения природных и социальных факторов развития человека
Ответ: 1

70. В соответствии с теорией П.Я. Гальперина, на данном этапе пациенты на занятии выполняют действия в плане громкой речи:
1)мотивационный

2) материализованный
3) контрольный
4) внешнеречевой
5) ориентировочный
Ответ: 4

71. Приемы педагогического процесса в медицине – это:
1) часть общего метода
2) форма организации педагогического процесса в медицине
3) средство педагогического процесса в медицине
4) воспитывающие ситуации
5) критерии оптимизации
Ответ: 1

72. Основной метод педагогического процесса в медицине
1) убеждение
2) слово врача
3) приучение
4) упражнение
5) пример
Ответ: 1

73. Всеобщий метод формирования необходимых качеств называется:
1) гимнастика
2) воспитание
3) беседа
4) тренировка
5) упражнение
Ответ: 5

74. По какому основанию в классификации методов обучения выделяют словесные, наглядные и практические?
1) По ведущему источнику знаний
2) По характеру умственной деятельности учащихся
3) По формам деятельности учителя и учащихся
4) По логике рассуждения
5) По характеру познавательной деятельности
Ответ: 1

75. Критерием эффективности педагогического процесса в медицине являются
1) сформированность умений и навыков поведения в соответствии с возрастом пациентов
2) противоречие между требованиями среды к человеку и его возможностями
3) формирование эстетического вкуса
4) воспитание художественного вкуса, улучшение эмоционального самочувствия
5) уровень профессиональной подготовки
Ответ: 1

76. Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:
1) культурологический подход
2) психологический подход
3) индивидуальный подход
4) комплексный подход

5) системный подход
Ответ: 4

77. Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:
1) Сотрудничество семьи, школы, общественности
2) Взаимоотношения воспитателей и пациентов
3) Влияние на воспитанника через коллектив
4) Влияние родителей и воспитателей на воспитанника
5) Влияние на волю, сознание и поведение воспитанника
Ответ: 3

78. Наказание:
1) Просьбы, стимулирование, добрые дела
2) Метод педагогического процесса в медицине, проявляющийся в форме требования
3) Управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел
4) Способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия
5) Воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни
Ответ: 2

79. Педагогический процесс в медицине – процесс:
1) взаимодействия
2) воздействия
3) рефлексии
4) обратного действия
5) действия
Ответ: 2

80. Основным признаком эффективности процесса педагогического процесса в медицине являются:
1) знания, умения и навыки
2) индивидуальные особенности пациента
3) успеваемость
4) приспособление к условиям
5) поведение пациента
Ответ: 5

81. Рассмотрение педагогических технологий как части педагогической науки соответствует аспекту их анализа
1) Частно-научному
2) Частно-описательному
3) Процессуально-описательному
4) Описательно-действенному
5) Научному
Ответ: 5

82. Этап закрепления знаний и формирования умений на занятии предполагает
1) Учебную рефлексию и оценку качества работы на занятии
2) Систематизацию, обобщение, воспроизведение учебного материала по темам и разделам
3) Подачу учебного материала с активным привлечением учащихся
4) Определение степени усвоения изученного учебного материала
5) Выработку умений и навыков применения знаний
Ответ: 5

83. Наглядные методы обучения условно можно разделить на две группы:
1) Иллюстрация и демонстрация
2) Беседа и демонстрация
3) Семинар и наблюдение
4) Словесные и наглядные
5) Дискуссия и видеометод
Ответ: 1

84. Тип познавательной деятельности служит основанием для классификации:
1) Индуктивных и дедуктивных
2) Информационно-сообщающий, объяснительный, инструктивно-практический, побуждающий метод
3) Объяснительно-иллюстративных, репродуктивных, проблемного изложения, частично-поисковых и исследовательских методов
4) Словесных, наглядных и практических методов
5) Организации учебно-познавательной деятельности, стимулирования и мотивации, методы контроля и самоконтроля
Ответ: 3

85. Метод обучения в медицине:
1) Способ согласованной деятельности учителя и ученика, осуществляемой в установленном порядке и определенном режиме
2) Основополагающее требование к практической организации учебного процесса
3) Способ совместной деятельности врача и пациента, направленный на решение задач обучения
4) Управление процессом перехода от теории к практике в процессе обучения
5) Определение результативности обучения в единстве с условиями его протекания
Ответ: 3

86. Последовательность этапов процесса усвоения:
1) приобретение знаний – запоминание – применения на практике
2) постановка проблемы – выдвижение гипотезы – ее доказательство
3) ощущение – восприятие – осознание
4) восприятие – осмысление – закрепление – применение
5) запоминание – понимание – осмысление – обобщение
Ответ: 4

87. Нововведение в педагогическую деятельность:
1)Педагогическая инноватика
2) Инновационная деятельность
3) Инновационное образование
4) Педагогическая инновация
5) Инновационное обучение
Ответ: 1

88. Процесс получения информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов:
1) Педагогический мониторинг
2) Педагогическая диагностика
3) Педагогическая рефлексия
4) Педагогический менеджмент

5) Педагогический анализ
Ответ: 2

89. Стремление удовлетворить своекорыстные личные потребности и интересы безотносительно к потребностям и интересам других:
1) эгоизм
2) альтруизм
3) социализация
4) деспотизм
5) центризм
Ответ: 1

90. Способность личности к приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях:
1) совместимость
2) лидерство
3) адаптивность
4) пластичность
5) дезадаптация
Ответ : С

91. Способности врача, определяющие высокие результаты в любой деятельности:
1) вербальные
2) общие
3) специальные
4) невербальные
5) коммуникативные
Ответ: 2

92. Привлекательность учебного материала, вызывающая определенные чувства и способствующая успешности запоминания материала :
1) осмысленность знаний
2) важность усвоения
3) эмоциональные особенности
4) трудность выполнения
5) объем материала
Ответ: 3

93. Переход внешних предметных действий во внутренние умственные:
1) интериоризация
2) экстериоризация
3) валидность
4) активизация
5) сублимация
Ответ: 1

94. Особенности педагогического процесса в медицине, позиции в общности, атрибутов роли, статуса учреждения относятся к причинам затруднений педагогического общения:
1) статусно-позиционно-ролевым
2) индивидуально-психологическим
3) межличностно-социальным
4) этно-социокультурным

5) возрастно-индивидуальным
Ответ: 1

95. Приемы педагогического процесса в медицине – это:
1) часть общего метода
2) форма организации педагогического процесса в медицине
3) средство педагогического процесса в медицине
4) воспитывающие ситуации
5) критерии оптимизации
Ответ: 1

96. Основной метод педагогического процесса в медицине
1) убеждение
2) слово врача
3) приучение
4) упражнение
5) пример
Ответ: 1

97. Всеобщий метод формирования необходимых качеств называется:
1)гимнастика
2) воспитание
3) беседа
4) тренировка
5) упражнение
Ответ: Е

98. Логика педагогического процесса в медицине :
1) проектирование, прогноз, диагностика, организация, контроль, анализ
2) анализ, проектирование, прогноз, диагностика, организация, контроль
3) анализ, проектирование, прогноз, диагностика, контроль, организация
4) диагностика, анализ, прогноз, проектирование, организация, контроль
5) анализ, диагностика, прогноз, проектирование, организация, контроль
Ответ: 4

99. Критерием эффективности педагогического процесса в медицине являются
1) сформированность умений и навыков поведения в соответствии с возрастом пациентов
2) противоречие между требованиями среды к человеку и его возможностями
3) формирование эстетического вкуса
4) воспитание художественного вкуса, улучшение эмоционального самочувствия
5) уровень профессиональной подготовки
Ответ: 1

100. В соответствии с теорией П.Я. Гальперина, на данном этапе пациенты на занятии выполняют действия в плане громкой речи:
1) мотивационный
2) материализованный
3) контрольный
4) внешнеречевой
5) ориентировочный
Ответ: 4

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«НЕОТЛОЖНАЯ И ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ»

1.Основным мероприятием при выведении из клинической смерти является:
а) вдыхание паров нашатырного спирта
б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
в) проведение закрытого массажа сердца
г) одновременное проведение искусственной вентиляции легких и закрытого массажа сердца
Эталон ответа: г

2.Компрессии на грудину взрослого человека необходимо производить*:*
а) всей ладонной поверхностью
б) проксимальной частью ладони
в) тремя пальцами
Эталон ответа: б

3. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним лицом:
а) на 1 вдох – 2 компрессии
б) на 2 вдоха – 4 компрессии
в) на 2 вдоха – 30 компрессий
г) на 2 вдоха – 12-15 компрессий
Эталон ответа: в

4. Во время сердечно-легочной реанимации: 1. предпочтительно вводить препараты по центральному катетеру; 2. через периферические вены нельзя вводить адреналин; 3. лидокаин, атропин и адреналин допустимо вводить эндотрахеально; 4. внутрисердечные инъекции делаются в первую очередь.
а) верно 1,2,3
б) верно 1,3
в) верно 2,4
г) верно 4
д) все ответы правильны
Эталон ответа: б

5. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку двумя лицами:
а) на 1 вдох – 2 компрессии
б) на 2 вдох – 4-5 компрессий
в) на 1 вдох – 10 компрессий
г) на 2 вдох – 30 компрессий
Эталон ответа: г

6. Определите противопоказания к проведению искусственной вентиляции легких:
а) частичная проходимость верхних дыхательных путей
б) проникающее ранение грудной клетки
в) травма, не совместимая с жизнью
г) напряженный пневмоторакс
Эталон ответа: в

7. Продолжительность клинической смерти при нормотермии (в минутах):
а) 1-2
б) 3-4

в) 5-7
г) 25-30
Эталон ответа: г

8. При проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку необходимо сделать в 1 минуту количество вдуваний:
а) 8-10
б) 10-12
в) 12-20
г) 20-24
Эталон ответа: а

9. Объем вдуваемого воздуха при проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку должен составлять (мл):
а) 300-500
б) 600-700
в) 800-1000
Эталон ответа: б

10. Критерий правильности проведения закрытого массажа сердца предполагает:
а) появление пульсовой волны на сонной артерии во время массажа сердца
б) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
в) отсутствие дыхания
г) появление самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии
Эталон ответа: а

11. Количество вдуваний воздуха в минуту при искусственной вентиляции легких:
а) 5
б) 10
в) 30
г) 20
Эталон ответа: б

12. При проведении наружного массажа сердца ладони следует расположить:
а) на верхней трети грудины
б) на границе верхней и средней трети грудины
в) на границе средней и нижней трети грудины
г) в пятом межреберном промежутке слева
Эталон ответа: г

13. Необходимое условие для проведения закрытого массажа сердца:
а) положение больного на жесткой поверхности
б) запрокинутое положение головы
в) наличие валика под плечами
г) положение больного ниже колен реаниматоров
Эталон ответа: а

14. Закрытый массаж сердца новорожденному можно провести:
а) кистями обеих рук
б) четырьмя пальцами правой руки
в) проксимальной частью правой руки
г) большими пальцами обеих рук
Эталон ответа: г

15. Глубина продавливания грудной клетки при проведении закрытого массажа сердца взрослому человеку составляет (см):
а) 1-2
б) 5-6
в) 7-8
г) 9-10
Эталон ответа: б

16. Глубина продавливания грудной клетки при проведении закрытого массажа сердца новорожденному:
а) 1/2 грудной клетки
б) 1/3 грудной клетки
в) 1/4 грудной клетки
Эталон ответа: б

17. Критерием для начала реанимационных мероприятий является:
а) отсутствие сознания
б) появление цианоза
в) отсутствие дыхания
г) отсутствие пульса на периферических артериях
Эталон ответа: а, в

18. Реанимацию прекращают при отсутствии признаков эффективного кровообращения в течение (мин):
а) 15
б) 20
в) 30
Эталон ответа: в

19. Реанимация – это:
а) наука, изучающая методы восстановления жизни
б) практические действия, направленные на восстановление дыхания и кровообращения у больных в терминальных условиях
в) специальная бригада скорой помощи
г) отделение больницы
Эталон ответа: б

20. Тройной прием Сафара для раскрытия дыхательных путей включает в себя:
а) запрокидывание головы, введение воздуховода, закрытие рта
б) выведение нижней челюсти вперед, открытие рта, сгибание головы вперед
в) выведение нижней челюсти вперед, открытие рта, запрокидывание головы
Эталон ответа: в

21. При введении воздуховода требуется:
а) запрокидывание головы
б) сгибание головы
в) поворот головы на левый бок
г) поворот головы на правый бок
Эталон ответа: а

22. Реанимацию обязаны проводить:
а) все взрослое население
б) только врачи медсестры реанимационных отделений
в) все специалисты, имеющие медицинское образование

г) медицинские работники скорой медицинской помощи
Эталон ответа: а

23. Реанимация показана:
а) в каждом случае смерти больного
б) только при внезапной смерти молодых пациентов и детей
в) при внезапно развившихся терминальных состояниях
г) только при внезапной смерти детей
Эталон ответа: в

24. Введение воздуховода:
а) устраняет западение языка
б) предупреждает аспирацию содержимого ротоглотки
в) восстанавливает проходимость дыхательных путей на уровне гортани
г) восстанавливает проходимость дыхательных путей на уровне трахеи
Эталон ответа: в

25. Длительность одной компрессии при проведении непрямого массажа сердца должна составить (в сек.):
а) 0,1
б) 0,5
в) 2
г) 4
Эталон ответа: б

26. Ранние осложнения острого инфаркта миокарда:
а) кардиогенный шок
б) разрыв межжелудочковой перегородки
в) фибрилляция желудочков
г) синдром Дресслера
Ответ: а, б, в

27. При кардиогенном отеке легких без артериальной гипертензии показано введение:
а) морфина
б) нитропрепаратов
в) лазикса
г) преднизолона
Ответ: а, б, в

28. Препаратом выбора для лечения истинного кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда левого желудочка является:
а) кальция хлорид
б) преднизолон
в) допамин
г) мезатон
Ответ: в

29. К осложнениям гипертонического криза относятся:
а) острый коронарный синдром
б) острое нарушение мозгового кровообращения
в) отек легких
г) тромбоэмболия легочной артерии
Ответ: а, б, в

30. При бронхообструктивном синдроме противопоказаны:
а) диуретики
б) нитропрепараты
в) антагонисты кальция
г) бета-адреноблокаторы
Ответ: г

31. Ребенок 2-х лет внезапно закашлялся, посинел, кашель продолжался около 10 минут и больше не возобновлялся. На следующий день кашель появился вновь, при аускультации в легких большое количество сухих хрипов, преимущественно справа, предварительный диагноз:
а) стеноз гортани
б) инородное тело бронхов
в) обструктивный бронхит
г) острая пневмония
Ответ: б

32. При наличии инородного тела дыхательных путей с быстро прогрессирующей асфиксией фельдшер скорой медицинской помощи должен:
а) экстренно госпитализировать пострадавшего в стационар без попыток удаления инородного тела
б) выполнить прием Геймлиха
в) произвести коникотомию при асфиксии
г) проводить оксигенотерапию
Ответ: б, в, г

33. К предрасполагающим факторам тромбоэмболии легочной артерии относятся:
а) тромбоз глубоких вен нижних конечностей
б) фибрилляция предсердий
в) физическая нагрузка
г) длительная иммобилизация нижних конечностей
Ответ: а, б, г

34. Массивная тромбоэмболия ветвей легочной артерии проявляется:
а) выраженной одышкой
б) цианозом верхней половины тела
в) спавшимися шейными венами
г) появлением синдрома S1QIII на ЭКГ
Ответ: а, б, г

35. При тромбоэмболии легочной артерии на догоспитальном этапе показано введение:
а) преднизолона
б) гепарина
в) морфина
г) эуфиллина
Ответ: б, в, г

36. Гипогликемическая кома характеризуется:
а) внезапным началом
б) влажными, бледными кожными покровами
в) сохранением тонуса глазных яблок
г) дыханием Куссмауля

Ответ: а, б, в

37. Для лечения гипогликемической комы на догоспитальном этапе внутривенно вводится:
а) тиамин 100 мг, затем 40 мл 40% раствора глюкозы
б) налоксон 0,4-0,8 мг
в) 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина
г) 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту
Ответ: а

38. Кетоацидотическая кома проявляется
а) внезапным началом
б) сухостью кожных покровов и слизистых
в) снижением тонуса глазных яблок
г) дыханием Куссмауля
Ответ: б, в, г

39. При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе характерный запах:
а) ацетона
б) миндаля
в) алкоголя
г) отсутствует
Ответ: а

40. При остром нарушении мозгового кровообращения в качестве нейропротекторов на догоспитальном этапе используют:
а) магния сульфат
б) мексидол
в) пирацетам
г) глицин
Ответ: б, г

41. К осложнениям гипертонического криза относятся:
а) острый коронарный синдром
б) острое нарушение мозгового кровообращения
в) отек легких
г) тромбоэмболия легочной артерии
Ответ: а, б, в

42. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном расслаивающей аневризмой аорты, является:
а) нитропрепарат
б) эналаприлат
в) магния сульфат
г) эсмолол
Ответ: г

43. Развернутый судорожный припадок при эпилепсии проявляется:
а) генерализованными тоническими и клоническими судорогами
б) сохранением ясного сознания во время и после припадка
в) непроизвольным мочеиспусканием
г) травмами после падения
Ответ: а, в, г

44. Неотложная терапия при тяжелой анафилактической реакции включает
а) эуфиллин
б) глюкокортикоидные гормоны
в) эпинефрин
г) антагонисты Н1-рецепторо
Ответ: в

45. Неотложная терапия при тяжелой анафилактической реакции включает
а) эуфиллин
б) глюкокортикоидные гормоны
в) эпинефрин
г) антагонисты Н1-рецепторов
Ответ: г

46. Острое доброкачественное течение анафилактического шока характерно
а) летальным исходом
б) рецидивирующим течением
в) хорошим эффектом от адекватной терапии
г) резистентностью ктерапии
Ответ: в

47. Молниеносная форма анафилактического шока развивается в течение
а) 20 минут
б) 1 часа
в) 10 минут
г) 24 часов
Ответ: в

48. Препаратом выбора при кардиогенном шоке с целью обезболивания является
а) промедол
б) морфин
в) анальгин
г) кеторол
Ответ: б

49. Пациенты с ОНМК должны транспортироваться в положении
а) лежа, с приподнятым ножным концом
б) сидя
в) лежа, с приподнятым головным концом на 30 градусов
г) лежа с приподнятым головным концом на 60 градусов
Ответ: в

50. Для купирования судорожных припадков у пациентов с ОНМК предпочтительно использовать
а) натрия оксибутират 70 мг/кг
б) тиопентал натрия 500 мг
в) диазепам 10 мг
г) депакин 6 – 7 мг/кг
Ответ: в
51. Критерий эффективности непрямого массажа сердца

а) появление пульсовых волн на общей сонной артерии при проведении компрессий
б) появление самостоятельного пульса на общей сонной артерии
в) повышение артериального давления на периферических артериях
г) появление самостоятельного дыхания
д) изменение цвета кожных покровов
Ответ: б

52. Голова пациента с носовым кровотечением при оказании неотложной помощи должна быть
а) повёрнута влево
б) опущена вниз, подбородок прижат к груди
в) повернута вправо
г) запрокинута назад
д) не имеет значения
Ответ: б

53. Нитроглицерин применяется при
а) кровоизлиянии в мозг
б) повышении внутричерепного давления
в) выраженной гипертонии
г) остром инфаркте миокарда
д) повышении внутриглазного давления
Ответ: г

54. При отёке лёгких нитроглицерин используется для
а) снижения АД
б) перераспределения крови между малым и большим кругом кровообращения
в) повышения давления в малом круге кровообращения
г) снижения давления в большом круге кровообращения
д) увеличения коронарного кровотока
Ответ: б

55. Для неосложненного гипертонического криза характерно
а) постепенное развитие
б) тахикардия
в) повышение в большей степени диастолического давления
г) сухость кожных покровов
д) уменьшение пульсового давления
Ответ: б

56. Для осложненного гипертонического криза характерно
а) внезапное начало
б) тахикардия
в) значительным повышением АД
г) влажность кожных покровов
д) увеличение пульсового давления
Ответ: в

57.Для приступа бронхиальной астмы характерны следующие симптомы, кроме
а) вынужденное положение
б) экспираторная одышка
в) свистящее дыхание

г) обильное отхождение слизисто-гнойной мокроты
д) диффузный цианоз
Ответ: г

58. Выберите оптимальное положение пациента во время приступа бронхиальной астмы
а) горизонтальное с опущенным головным концом
б) горизонтальное с приподнятым головным концом
в) горизонтальное с приподнятым ножным концом
г) сидя, с упором на руки
д) положение Симса
Ответ: г

59. Факторы, провоцирующие возникновение приступов удушья у больного бронхиальной астмой
а) воспалительный отек бронхов
б) контакт с аллергеном
в) стресс
г) приём нестероидных препаратов (аспирин и др.)
д) всё перечисленное верно
Ответ: д

60. При приступе бронхиальной астмы для облегчения состояния больного можно выполнить следующие процедуры
а) горячие ножные и ручные ванны
б) венозные жгуты на конечности
в) горчичники на область сердца
г) всё перечисленное верно
д) всё перечисленное неверно
Ответ: а

61. Первоочередным мероприятием при отёке Квинке является
а) введение адреналина
б) введение преднизолона
в) введение лазикса
г) введение кордиамина
д) введение эуфиллина
Ответ: б

62. Пациенты в состоянии диабетической комы направляются
а) в реанимационное отделение
б) в эндокринологическое отделение
в) в терапевтическое отделение
г) в инфекционное отделение
д) в гематологическое отделение
Ответ: а

63. В поликлинику с улицы доставили пожилую женщину, которая жалуется на сжимающую боль за грудиной, возникшую 40 минут назад. Женщина принимала нитроглицерин, но боль не уменьшалась. АД 100/60 мм рт/ст. Необходимо
а) успокоить пациентку
б) вызвать врача
в) дать таблетку нитроглицерина (под контролем АД, если было принято менее 3 таблеток)

г) снять ЭКГ
д) всё перечисленное верно
Ответ: д

64. При каких неотложных состояниях накладывается венозный жгут
а) артериальное кровотечение
б) отёк лёгких
в) закрытый перелом костей предплечья
г) открытый перелом костей голени
д) всё перечисленное верно
Ответ: б

65. Возникновение головной боли после приёма нитроглицерина обусловлено
а) резким сужением сосудов головного мозга
б) венозным застоем вследствие резкого расширения сосудов головного мозга
в) резким падением АД
г) резким расширением коронарных артерий
д) всё перечисленное неверно
Ответ: б

66. Какая степень ожога характеризуется появлением на коже пузырей, заполненных серозной жидкостью?
а) 2
б) 3А
в) 3Б
г) 4
д) 1
Ответ: а

67. Основной симптом стенокардии
а) резкая боль в эпигастральной области
б) головокружение
в) загрудинная боль
г) сильная боль в кисти левой руки
д) сильная боль в области затылка
Ответ: в

68. Пациенты в состоянии диабетической комы направляются
а) в реанимационное отделение
б) в эндокринологическое отделение
в) в терапевтическое отделение
г) в инфекционное отделение
д) в гематологическое отделение
Ответ: а

69. В поликлинику с улицы доставили пожилую женщину, которая жалуется на сжимающую боль за грудиной, возникшую 40 минут назад. Женщина принимала нитроглицерин, но боль не уменьшалась. АД 100/60 мм рт/ст. Необходимо
а) успокоить пациентку
б) вызвать врача
в) дать таблетку нитроглицерина (под контролем АД, если было принято менее 3 таблеток)

г) снять ЭКГ
д) всё перечисленное верно
Ответ: д

70. При каких неотложных состояниях накладывается венозный жгут
а) артериальное кровотечение
б) отёк лёгких
в) закрытый перелом костей предплечья
г) открытый перелом костей голени
д) всё перечисленное верно
Ответ: б

71. Возникновение головной боли после приёма нитроглицерина обусловлено
а) резким сужением сосудов головного мозга
б) венозным застоем вследствие резкого расширения сосудов головного мозга
в) резким падением АД
г) резким расширением коронарных артерий
д) всё перечисленное неверно
Ответ: б

72. Индекс Алговера применяется для определения тяжести
а) кровопотери
б) дыхательной недостаточности
в) коматозного состояния
г) площади глубоких ожогов
Ответ: а

73. Основной задачей интенсивной терапии гиповолемического шока на догоспитальном этапе является
а) стимуляция сократительной способности миокарда
б) восполнение дефицита объема циркулирующей крови
в) улучшение реологических свойств крови
г) дегидратация
Ответ: б

74. Побочные действия эуфиллина при внутривенном введении
а) судороги
б) остановка дыхания
в) повышение АД
г) снижение АД
д) всё перечисленное верно
Ответ: г

75. Укажите основные противошоковые мероприятия при тяжелой травме
а) введение сосудосуживающих препаратов, обезболивание, транспортировка
б) введение противосудорожных препаратов, иммобилизация, обезболивание
в) обезболивание, остановка кровотечения, иммобилизация
г) ингаляция кислорода, обезболивание, остановка кровотечения
д) обезболивание, ингаляция кислородом, транспортировка в ЛПУ
Ответ: в

76. Для диабетической комы характерен симптом

а) повышение мышечного тонуса
б) учащенное дыхание
в) влажные кожные покровы
г) запах ацетона изо рта
д) гипогликемия
Ответ: г

77. Гипогликемическая кома развивается при
а) несвоевременном приёме пищи
б) нарушении диеты
в) избытке веса
г) недостаточности функции щитовидной железы
д) прекращении введения инсулина
Ответ: а

78. Гипогликемическое состояние характеризуется
а) брадикардией
б) сухостью кожных покровов
в) судорогами
г) чувством голода
д) всё перечисленное верно
Ответ: г

79. Для гипогликемической комы не характерно
а) потливость
б) судороги
в) повышение мышечного тонуса
г) потеря сознания
д) повышение уровня сахара в крови
Ответ: д

80. При гипогликемическом состоянии необходимо принять
а) физиологический раствор
б) алкоголь
в) кофе
г) сладкий чай
д) всё перечисленное верно
Ответ: г

81. Положение, которое необходимо придать больному в гипергликемической коме
а) лежа с приподнятым головным концом
б) лежа с приподнятым ножным концом
в) устойчивое боковое
г) горизонтальное
д) полусидя
Ответ: в

82. Осложнения сахарного диабета
а) гипер- и гипогликемическая комы
б) гиподинамия
в) гиперкалиемия

г) гинекомастия
д) гипероксолатурия
Ответ: а

83. Симптом, нехарактерный для отёка лёгких
а) клокочущее дыхание
б) инспираторная одышка
в) выделение розоватой пенистой мокроты
г) высокая температура
д) положение сидя
Ответ: г

84. Характер мокроты при бронхиальной астме
а) вязкая, стекловидная, трудно отделяемая
б) серозно-гнойная
в) с примесью крови
г) пенистая, розового цвета
д) «ржавой» окраски
Ответ: а

85. Основной симптом коллапса
а) артериальная гипертония
б) артериальная гипотония
в) гипертермия
г) анурия
д) отсутствие сознания
Ответ: б

86. Боль при инфаркте миокарда купируется
а) антигипертензивными препаратами
б) спазмолитиками
в) сердечными гликозидами
г) наркотическими анальгетиками
д) десенсибилизирующими препаратами
Ответ: г

87. Пневмоторакс, при котором воздух на вдохе попадает в плевральную полость, а на выдохе из неё не выходит, называется
а) клапанным
б) открытым
в) закрытым
г) осложненным
д) смешанным
Ответ: а

88. Один из характерных симптомов клапанного пневмоторакса
а) боль
б) крепитация
в) клокочущее дыхание
г) «дышащая» рана
д) подкожная эмфизема
Ответ: д

89. В предагональном состоянии пульс определяется:
а) только на крупных сосудах
б) только на переферических сосудах
в) на крупных и переферических сосудах
г) нет првильного ответа
д) все ответы верны
Ответ: в

90. Артериальное давление (систолическое) в предагональном состоянии
а) ниже 60 мм рт/ст
б) ниже 80 мм рт/ст
в) ниже 90 мм рт/ст
г) ниже 120 мм рт/ст
д) не определяется
Ответ: а

91. В предагональном состоянии сознание
а) утрачено
б) сохранено
в) утрачено частично
г) сохранено частично
д) наблюдается ретроградная амнезия
Ответ: в

92. Реакция зрачка на свет в предагональном состоянии
а) не изменена
б) ослаблена
в) определяется только на яркий искусственный свет
г) определяется только на яркое дневное освещение
д) не определяется
Ответ: б

93. В агональном состоянии реакция зрачка на свет
а) ослаблена
б) отсутствует
в) определяется только на яркий свет
г) не изменена
д) нет правильного ответа
Ответ: б

94. В соответствии с алгоритмом, оказание неотложной помощи при повешении, начинается с
а) обеспечения проходимости дыхательных путей
б) проведения сердечно-лёгочной реанимации
в) освобождения от сдавливающей петли
г) измерения АД
д) нанесения прекардиального удара
Ответ: в

95. При отёке лёгких кислородная подушка объемом 25 литров должна быть израсходована
а) за 1 мин.
б) за 10 мин.

в) за 60 мин.
г) за 15 мин.
д) за 5 мин.
Ответ: д

96. Эректильная фаза шока характеризуется
а) заторможенностью
б) психомоторным возбуждением
в) судорогами
г) низким АД
д) высоким АД.
Ответ: б

97. Торпидная фаза шока характеризуется
а) возбуждением
б) спутанностью сознания, понижением АД
в) патологическим типом дыхания
г) повышением температуры тела
д) повышением артериального давления
Ответ: б

98. При отёке лёгких венозные жгуты следует одномоментно наложить на
а) плечо и бедро с одной стороны
б) противоположные плечо и бедро
в) бедра
г) плечи
Ответ: б

99. Разовая доза ацетилсалициловой кислоты при остром коронарном синдроме составляет (в миллиграммах)
а) 500 – 750
б) 50 – 100
в) 150 – 350
г) 75 – 150
Ответ: в

100. Признаком нарушения функции ЦНС при анафилаксии третьей степени тяжести является
а) чувство тревоги
б) потеря сознания
в) спутанность сознания
г) страх смерти
Ответ: б

4. ЗАДАНИЯ II ЭТАПА «ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ»

Оценка результатов освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 Эндокринология (сформированность компетенций выпускника)

II этап. Оценка уровня практической подготовки.

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
		Практическая подготовка
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1.** Курация пациента/ анализ клинической ситуации: сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование больного (его анализ в рамках клинической ситуационной задачи), заполнение медицинской документации, формулировка предварительного/клинического диагноза, дифференциальная диагностика, оформление листа назначений на основании нормативной документации, интерпретация данных специальных методов исследования. **2.** Демонстрация практических навыков.	• Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). • Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. • Проведение физикального обследования пациента (при курации) и (или) его анализ, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. • Формулировка диагноза и его обоснование. • Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска. • Составление обоснованного плана обследования больного. • Составление обоснованного плана лечения больного. • Выполнение диагностических и лечебных манипуляций на модели.
Результат аттестации уровня практической подготовки	«Компетенции сформированы» «Компетенции не сформированы»	

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 1

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации**: **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 39 лет. **1.2. Жалобы** на • головные боли, • слабость. **1.3. Анамнез заболевания** • Около года назад было выявлено повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст., в качестве гипотензивной терапии получает эналаприл 10 мг в сутки. • В течение 2 лет наблюдается у врача-гинеколога с олигоменореей. • 3 месяца назад появилась и стала нарастать мышечная слабость в ногах. • В течение года поправилась на 8 кг. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает преподавателем. • Перенесённые заболевания: детские инфекции. • Менструации нерегулярные (менструальный цикл от 28 до 45 дней), скудные, безболезненные. • Беременностей 2 (в 29 и 36 лет, наступили самостоятельно, протекали без угрозы прерывания, роды в срок). • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: отрицает. **1.5. Объективный статус**	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу, рост – 165 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – 26,7 кг/м2, температура тела – 36,8°С. Лицо лунообразное, рубеоз щек. Кожные покровы: на лице, спине, груди – элементы пиодермии, на боковых поверхностях брюшной стенки, в поясничной области – бордовые стрии до 2 см в ширину, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, не увеличена, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Глазных симптомов нет. **Вопрос №1** Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение: А: кортизола в слюне, собранной в 23.00 Б: метанефрина и норметанефрина в суточной моче В: соматотропного гормона и соматомедина С в 8 утра Г: тиреотропного гормона и свободного тироксина **3. Результаты гормонального метода обследования** **3.1. Кортизол в слюне, собранной в 23.00** Кортизол в слюне – 648,5 нмоль (норма 171-536 нмоль). **3.2. Определение метанефрина и норметанефрина в суточной моче** Метанефрин – 186 мкг/сут (норма < 320 мкг/сут). Норметанефрин – 155 мкг/сут (норма < 390 мкг/сут). **3.3. Определение соматотропного гормона (СТГ) и соматомедина С в 8 утра** СТГ – 5 нг/мл (норма 0 – 10 нг/мл). Соматомедин С – 55 нг/мл (норма 40 – 280 нг/мл). **3.4. Определение тиреотропного гормона и свободного тироксина** ТТГ – 1,3 мЕд/л (норма 0,4 – 4,0 мЕд/л). Т4 св. – 12,6 пмоль/л (норма 9,0 – 19,0 пмоль/л). **Вопрос №2** Для подтверждения заболевания необходимо провести: А: ночной тест с 1 мг дексаметазона Б: маршевую пробу с определением альдостерона и ренина В: тест с синактеном-депо	

	Г: пробу с инсулиновой гипогликемией **5. Результаты дополнительных методов обследования** **5.1. Ночной тест с 1 мг дексаметазона** Кортизол сыворотки крови – 610 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л). **5.2. Маршевая проба с определением альдостерона и ренина** Альдостерон (исходно) – 44,8 пг/мл (норма 25,2 – 392,2 пг/мл). Альдостерон (после пробы) – 220,1 пг/мл (норма 25,2 – 392,2 пг/мл). Ренин (исходно) – 12,6 мкМЕд/мл (норма 2,8 – 39,9 мкМЕд/мл). Ренин (после пробы) – 39,6 мкМЕд/мл (норма 2,8 – 39,9 мкМЕд/мл). **5.3. Тест с синактеном-депо** Кортизол (исходно) – 700 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л). Кортизол (после пробы) – 1100 нмоль/л (норма более 500-550 нмоль/л). **5.4. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол до пробы – 710 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л). Кортизол после пробы – 1300 нмоль/л (норма более 550 нмоль/л). АКТГ до пробы – 78 пг/мл (норма менее 46 пг/мл). АКТГ после пробы – 216 пг/мл (норма более 150 пг/мл). **Вопрос №3** Для дифференциальной диагностики патогенетических вариантов заболевания необходимо выполнить: А: большой дексаметазоновый тест Б: пероральный глюкозотолерантный тест В: пробу с голоданием Г: определение соматомедина С после перорального глюкозотолерантного теста **6.1. Большой дексаметазоновый тест** Кортизол до пробы – 655 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л). Кортизол после пробы – 180 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л). **6.2. Пероральный глюкозотолерантный тест** Глюкоза натощак – 5,5 ммоль/л. Глюкоза через 2 часа после приема глюкозы – 7,7 ммоль/л. **6.3. Проба с голоданием** Глюкоза исходно – 5,5 ммоль/л. Глюкоза после теста – 4,7 ммоль/л. **6.4. Определение соматомедина С после перорального глюкозотолерантного теста**	

	Соматомедин С (исходно) – 55 нг/мл (норма 40-280 нг/мл). Соматомедин С (после теста) – 185 нг/мл (норма 40-280 нг/мл). **Вопрос №4** Для топической диагностики пациентке необходимо провести : А: МРТ гипофиза Б: КТ органов брюшной полости В: УЗИ органов брюшной полости Г: УЗИ малого таза **7.1. МРТ гипофиза** На Т1 взвешенных изображениях с контрастным усилением определяется гипоинтенсивное образование гипофиза размерами 0,8×0,7 см. **7.2. КТ органов брюшной полости** Печень не увеличена, структурно не изменена. Почки обычно расположены, не увеличены, структура и плотность паренхимы не изменена. Чашечно-лоханочная система и мочеточники не расширены. Лимфатические узлы не увеличены. Надпочечники – узловая гиперплазия коры обоих надпочечников. Свободной жидкости в брюшной полости нет. **7.3. УЗИ органов брюшной полости** Печень не увеличена, структурно не изменена. Селезенка не увеличена, структурно не изменена. Поджелудочная железа обычной эхоструктуры. Вирсунгов проток не расширен. Почки обычно расположены, не увеличены, структура и плотность паренхимы не изменена. Чашечно-лоханочная система и мочеточники не расширены. Лимфатические узлы не увеличены. Свободной жидкости в брюшной полости нет. **7.4. УЗИ малого таза** Матка: положение anteversio; контуры ровные, чёткие, форма обычная, размеры 47,7×27,7×46,9 мм. Структура миометрия не изменена. Эндометрий: 7,93 мм. Эхографическая картина соответствует средней стадии фазы пролиферации, линейной структуры. Границы четкие, контуры ровные. Полость матки: не деформирована, не расширена. Шейка матки: 29,3×19,9×30,3 мм, не изменена. Цервикальный канал не расширен. Яичники: левый: 40,7×19,7×17,4 мм, объем 7,47 см3 (не увеличен); контуры ровные, чёткие; в типичном месте; фолликулы диаметром 2,9-9,3 мм в количестве 8 шт.; компрессия безболезненная; правый: 41,3×21,2×21,2 мм, объем 9,71 см3 (не увеличен); контуры ровные, чёткие; в типичном месте; фолликулы диаметром 2,4-9,4 мм в количестве 7 шт., максимальный фолликул не визуализируется; компрессия безболезненная. Жидкость в полости малого таза: не определяется.	

Вопрос №5 Изменения _____ косвенно подтверждают наличие заболевания :

А: в клиническом анализе крови

Б: при электронейромиографическом исследовании

В: онкомаркеров (альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена)

Г: уровня кальцитонина

8.1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *1012/л	**4,8**	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	**136**	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	**42**	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	**0,94**	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	**84**	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	**28**	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	**36,3**	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	**10**	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	**210**	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	**11,8**	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	**7**	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	**75**	47-72
Эозинофилы, %	**0**	1-5
Базофилы, %	**0**	0-1
Лимфоциты, %	**15**	19-37

Моноциты, %	**3**	2-10
СОЭ, мм/ч	**12**	м. 2-10 ж. 2-15

8.2. Электронейромиографическое исследование

По данным электронейромиографии скорость распространения возбуждения по нерву в пределах нормы, амплитуда и концевая латенция в норме. Патологии со стороны двигательных волокон исследованных нервов не выявлено.

8.3. Онкомаркеры (альфа-фетопротеин, раково-эмбриональный антиген)

Альфа-фетопротеин – 1,2 МЕ/мл (норма < 7,29 МЕ/мл),
раково-эмбриональный антиген – 0 нг/мл (норма < 5,0 нг/мл).

8.4. Уровень кальцитонина

Кальцитонин – 1 пг/мл (норма < 5 пг/мл).

Вопрос №6 Какой диагноз вы поставите пациентке?:

А: Болезнь Иценко-Кушинга средней степени тяжести. Микроаденома гипофиза. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная олигоменорея

Б: Синдром Иценко-Кушинга средней степени тяжести. Кортикостерома левого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная олигоменорея

В: Синдром поликистозных яичников. Олигоменорея. Нарушение толерантности к глюкозе. Артериальная гипертензия

Г: АКТГ-эктопированный синдром. Гиперкортицизм средней степени тяжести. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная олигоменорея

10. Диагноз

Диагноз:

10.1. Болезнь Иценко-Кушинга средней степени тяжести. Микроаденома гипофиза. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная олигоменорея

10.2. Синдром Иценко-Кушинга средней степени тяжести. Кортикостерома левого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная олигоменорея

10.3. Синдром поликистозных яичников. Олигоменорея. Нарушение толерантности к глюкозе. Артериальная гипертензия

10.4. АКТГ-эктопированный синдром. Гиперкортицизм средней степени тяжести. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная олигоменорея

	Вопрос №7 Методом выбора лечения кортикотропиномы является : А: трансназальная селективная аденомэктомия Б: двусторонняя адреналэктомия В: пожизненная терапия блокаторами стероидогенеза Г: лечение агонистами дофамина **Вопрос №8** Предиктором успешного лечения является : А: размер опухоли менее 10 мм Б: возраст пациентки менее 40 лет В: женский пол Г: наличие в анамнезе двух беременностей **Вопрос №9** До госпитализации пациентке необходимо назначить: А: препарат калия Б: антагонист кальция В: петлевой диуретик Г: витамины группы В **Вопрос №10** После нейрохирургического лечения ремиссия заболевания с низким риском рецидива регистрируется при : А: лабораторно подтвержденной (кортизол в крови менее 50 нмоль/л) надпочечниковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде Б: нормальных значениях АКТГ и кортизола в раннем послеоперационном периоде В: высоких (выше верхнего нормативного значения) значениях АКТГ в раннем послеоперационном периоде Г: нормальных значениях альдостерона в раннем послеоперационном периоде **Вопрос №11** Восстановление трудоспособности после патогенетического лечения происходит в течение : А: 3-12 месяцев Б: 3-4 недель В: 1-2 недель Г: 6-8 недель **Вопрос №12** В течение первого года после операции пациентку необходимо вызывать на осмотр: А: 1 раз в три месяца Б: еженедельно В: 1 раз в месяц	

	Г: 1 раз в полгода **<u>2. Демонстрация практических навыков</u>.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гипогликемии.	
Ректор _____И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 2

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Пациентка К., 28 лет, поступила в эндокринологическое отделение **1.2. Жалобы** • жажда и сухость во рту • ежедневное выделение около 10 литров светлой мочи • тошнота, вздутие живота • плохой сон, связанный с частыми мочеиспусканиями и приемом жидкости • выраженная слабость, сухость кожи **1.3. Анамнез заболевания** Впервые жалобы на жажду и полиурию появились около года назад, самочувствие не страдало. Постепенно степень выраженности симптомов нарастала, в связи с чем госпитализирована для обследования и лечения. **1.4. Анамнез жизни** • Работает на госслужбе • Перенесённые заболевания: детские инфекции • Беременности-3 (хроническое невынашивание), роды-1 путём кесарева сечения на 35 неделе • Наследственность: у отца подагра • Аллергоанамнез: не отягощен • Вредные привычки: отрицает **1.5. Объективный статус**	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост-172 см, вес-90 кг, ИМТ- 30,4 кг/м2. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Оволосение по женскому типу. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичны. ЧСС 76 в мин. АД -110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижная при пальпации и глотании, мягко-эластической консистенции.

Вопрос №1 Необходимыми для подтверждения диагноза лабораторными методами обследования являются:

А: общий анализ мочи
Б: биохимический анализ крови
В: определение тиреотропного гормона
Г: анализ мочи по Нечипоренко
Д: определение пролактина
Е: определение паратгормона

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ мочи

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Цвет	Соломенно-желтый	Соломенно-желтый
Прозрачность	полная	Полная
Реакция (PH)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	<1005	1015-1025
Количество осадка	незначительное	Незначительное
Белок	Отрицательно	Отрицательно

Глюкоза	Отрицательно	Отрицательно
Кетоновые тела	Отрицательно	Отрицательно
Билирубин	отрицательно	Отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют или единич-ные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	Отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	Отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	Отсутствуют
Соли	отсутствуют	Отсутствуют
Слизь	отсутствует	Незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	Отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	Отсутствуют
Осмоляльность	89 мОсм/кг	600-900 мОсм/кг

3.2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок, г/л	**71,1**	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	**8,7**	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	**42**	2,5–6,4
Общий холестерин, ммоль/л	**6,1**	0,0-5,3
Креатинин, мкмоль/л	**74**	58,0-96,0
АСТ, Ед/л	**10,5**	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	**5,9**	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	**4,7**	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	**4,2**	3,5-5,1
Натрий, ммоль/л	**143**	132-146
Хлор, ммоль/л	**100**	101-110
Кальций общий, ммоль/л	**2,48**	2,15-2,55
Кальций ионизированный, ммоль/л	**1,22**	1,03-1,29
Осмоляльность, мОсм/кг	**299,1**	270-290

3.3. Определение тиреотропного гормона

2,6 мЕд/л (0,4- 4 мЕд/л)

3.4. Анализ мочи по Нечипоренко

Лейкоциты – 50/мл (до 2000/мл)

Эритроциты – 20/мл (до 1000/мл)

Цилиндры – 2/мл (до 20/мл)

3.5. Определение пролактина

360 мЕд/мл (норма 109-557 мЕд/мл)

3.6. Определение паратгормона

3,8 пмоль/л (1,6-6,9 пмоль/л)

Вопрос №2 Для уточнения диагноза необходимо провести:

А: пробу с сухоедением

Б: тест с десмопрессином

В: малый дексаметазоновый тест

Г: пероральный глюкозотолерантный тест

Д: пробу с инсулиновой гипогликемией

Е: пробу с трехдневным голоданием

5. Результаты обследования

5.1. Проба с сухоедением

Час	**Объём мочи**	**Осмоляльность мочи, мОсм/кг**	**Na крови, ммоль/л**	**Осмоляльность крови, мОсм/кг**	**АД, пульс**	**Вес, кг**	**Жалобы, общее самочувствие**
0	-	-	143	299	110/70 74	90,1	Небольшая сухость во рту
1	550	82				89,5	Небольшая сухость во рту
2	430	86			115/75 76	89,1	Сухость во рту, жажда
3	290	111	144,2	304	115/75 72	88,8	Сухость во рту, жажда

4	350	118			115/70 78	88,4	Сухость во рту, жажда
5	280	141			120//75 80	88,1	Выраженная жажда
6	200	146	145,1	309	120/75 80	87,9	Выраженная жажда, слабость
7	140	153			120/80 84	87,7	Нестерпимая жажда, слабость, головная боль

5.2. Тест с десмопрессином

Час	**Объём мочи**	**Осмоляльность мочи, мОсм/кг**	**АД, пульс**	**Жалобы, общее самочувствие**
7-й час пробы с сухоедением	140	153		Нестерпимая жажда, слабость, головная боль
Прием 0,1 мг десмопрессина per os, больной разрешено пить воду				
8-9		458	110/75 78	Уменьшение жажды, гиперемия лица

5.3. Малый дексаметазоновый тест

Кортизол в 8 утра159 нмоль/л, в 23 часа прием 1 мг дексаметазона, кортизол в 8 утра на следующий день 37 нмоль/л

5.4. Пероральный глюкозотолерантный тест

Глюкоза натощак-4,5 ммоль/л

Глюкоза через 120 мин после приёма 75 г глюкозы-7,2 ммоль/л

5.5. Проба с инсулиновой гипогликемией

Кортизол на фоне развития гипогликемии- 560 нмоль/л

5.6. Проба с трехдневным голоданием

Гликемия в течение 72 часов- 4,2-3,2 ммоль/л, симптомы гипогликемии отсутствовали.

	Вопрос №3 Учитывая клинические и лабораторные данные, больной можно поставить диагноз: А: Центральный несахарный диабет Б: Сахарный диабет 1 типа В: Первичная полидипсия Г: Нефрогенный несахарный диабет **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Центральный несахарный диабет** **7.2. Сахарный диабет 1 типа** **7.3. Первичная полидипсия** **7.4. Нефрогенный несахарный диабет** **Вопрос №4** Учитывая жалобы пациентки на выделение около 10 литров мочи в сутки, имеет место _____ степень тяжести заболевания.: А: средняя Б: легкая В: тяжелая Г: крайне тяжелая **Вопрос №5** Лечение центрального несахарного диабета проводят: А: десмопрессином Б: хирургическим методом В: тиазидными диуретиками Г: нестероидными противовоспалительными средствами **Вопрос №6** Выбор фармацевтической формы препарата десмопрессина и подбор дозы должны проводиться: А: индивидуально Б: по массе тела В: по объёму диуреза Г: по полу и возрасту **Вопрос №7** Для инициализации терапии десмопрессином не рекомендуется применять препарат в форме/формах _____: А: интраназального спрея Б: таблеток для приёма внутрь В: лиофилизированных таблеток для подъязычного приема Г: раствора для подкожного введения	

	Вопрос №8 При лечении десмопрессином необходимо инструктировать пациентов пить: А: только при жажде Б: не менее 2 литров жидкости в сутки В: не более 3 литров жидкости в сутки Г: в неограниченном количестве **Вопрос №9** Средняя начальная доза таблеток для приёма внутрь составит _____ мг в сутки: А: 0,3 Б: 1 В: 0,5 Г: 1,5 **Вопрос №10** Пациентке выполнено МРТ головного мозга с контрастированием - патологии не выявлено. Рекомендуется проведение: А: МРТ головного мозга в динамике Б: КТ головного мозга через 6 месяцев В: УЗИ почек через 3 месяца Г: рентгенографии черепа ежегодно **Вопрос №11** Оценка компенсации центрального несахарного диабета пациентам со стабильным течением заболевания проводится 1 раз в _____ год/года/лет: А: 1 Б: 2 В: 3 Г: 5 **Вопрос №12** В случае наступления беременности у пациентки оценку компенсации центрального несахарного диабета необходимо проводить по: А: жаждоощущению Б: осмоляльности мочи В: осмоляльности крови Г: уровню натрия в крови **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гипергликемии.	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 3

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 21 года. **1.2. Жалобы** на • слабость, плохой аппетит, • похудание, • головокружение. **1.3. Анамнез заболевания** • Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит. • В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела. • 2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Является студенткой. • Перенесённые заболевания: детские инфекции. • Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные. • Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет. • Аллергоанамнез: не отягощен.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	• Вредные привычки: курит. **1.5. Объективный статус** Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,7 кг/м2, температура тела – 36,4°С. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперпигментированы, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании. **Вопрос №1** Для постановки диагноза необходимо определение _____ сыворотки крови утром натощак: А: кортизола Б: адренокортикотропного гормона В: тиреотропного гормона Г: инсулина Д: С-пептида Е: пролактина **3. Результаты обследования** **3.1. Кортизол** Кортизол – 110 нмоль/л (норма 140-560 нмоль/л). **3.2. Адренокортикотропный гормон** Адренокортикотропный гормон – 120 пг/мл (менее 46 пг/мл). **3.3. Тиреотропный гормон** Тиреотропный гормон – 2,6 мЕд/л (норма 0,4-4,0 мЕд/л). **3.4. Инсулин** Инсулин – 4,6 мкЕд/мл (норма 2,7-10,4 мкЕд/мл). **3.5. С-пептид** С-пептид – 320 пмоль/л (норма 260-1730 пмоль/л). **3.6. Пролактин** Пролактин – 360 мЕд/мл (норма 109-557 мЕд/мл). **4. Результаты обследования**	

Вопрос №2 Для косвенного подтверждения диагноза необходимо выполнить:
А: клинический анализ крови
Б: биохимический анализ крови
В: суточное мониторирование уровня глюкозы
Г: анализ мочи на суточную глюкозурию
Д: клинический анализ мочи

6. Результаты дополнительных методов обследования

6.1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12

Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	3,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	46	47-72
Эозинофилы, %	7	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	41	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

6.2. Биохимический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Общий белок, г/л	71,1	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	8,7	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	42	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	6,1	0,0-5,3

Креатинин, мкмоль/л	74	58,0-96,0
АСТ, Ед/л	10,5	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	5,9	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	3,4	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	5,2	3,5-5,1
Натрий, ммоль/л	131	132-146
Хлор, ммоль/л	100	101-110

6.3. Суточное мониторирование уровня глюкозы

Мониторирование глюкозы проводилось в течение 24 часов. Колебания гликемии от 3,2 ммоль/л до 7,6 ммоль/л.

6.4. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – отсутствует (норма < 2,8 ммоль/сут).

6.5. Клинический анализ мочи

Показатель	**Результат**	**Нормы**
цвет	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (РН)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное

		Белок	отрицательно	отрицательно		
		Глюкоза	отрицательно	отрицательно		
		Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно		
		Билирубин	отрицательно	отрицательно		
		Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л		
		Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з		
		Клетки переходного эпителия	отсутствуют	отсутствуют или единичные в п/зр		
		Клетки почечного эпителия	отсутствуют	отсутствуют		
		Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр		
		Эритроциты неизменные	отсутствуют	отсутствуют		
		Эритроциты измененные	отсутствуют	отсутствуют		
		Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	отсутствуют		
		Соли	отсутствуют	отсутствуют		
		Слизь	отсутствует	незначительное количество		

Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	отсутствуют

Вопрос №3 Определение антител к _____ позволяет идентифицировать этиологию заболевания:

А: 21-гидроксилазе

Б: глутаматдекарбоксилазе

В: инсулину

Г: тиреоидной пероксидазе

8. Результаты обследования

8.1. Антитела к 21-гидроксилазе

Антитела к 21-гидроксилазе – 1:40 (норма менее 1:10).

8.2. Антитела к глутаматдекарбоксилазе

Антитела к глутаматдекарбоксилазе – 4 Ед/л (норма менее 10,0 Ед/л).

8.3. Антитела к инсулину

Антитела к инсулину – 1 Ед/л (норма менее 10,0 Ед/л).

8.4. Антитела к тиреоидной пероксидазе

Антитела к тиреоидной пероксидазе – 10 Ед/л (норма до 35,0 Ед/л).

Вопрос №4 Какой диагноз вы поставите пациентке?:

А: Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность. Декомпенсация

Б: Вторичная хроническая надпочечниковая недостаточность. Декомпенсация

В: Аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа

Г: Врожденная дисфункция коры надпочечников, неклассическая форма

10. Диагноз

Диагноз:

10.1. Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность. Декомпенсация

10.2. Вторичная хроническая надпочечниковая недостаточность. Декомпенсация

10.3. Аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа

10.4. Врожденная дисфункция коры надпочечников, неклассическая форма

Вопрос №5 Пациентке необходимо назначить гидрокортизон в дозе _____, флудрокортизон в дозе:

А: 25 мг в сутки в 2 приема; 100 мкг в сутки утром

Б: 10 мг утром; 50 мкг перед сном

	В: 50 мг в сутки в 2 приема; 200 мкг в сутки в два приема Г: 50 мг вечером; 50 мкг вечером **Вопрос №6** Как альтернативу гидрокортизону можно назначать некоторым пациентам _____ мг/сутки: А: преднизолон 3-5 Б: дексаметазон 1 В: преднизолон 8-10 Г: дексаметазон 3 **Вопрос №7** Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по: А: клиническому состоянию Б: уровню кортизола В: уровню антител к 21-гидроксилазе Г: уровню альдостерона **Вопрос №8** Заместительную терапию пациентке необходимо продолжать : А: пожизненно Б: в течение 12-18 месяцев В: до наступления беременности Г: до исчезновения антител к 21-гидроксилазе **Вопрос №9** На фоне заместительной терапии у пациентки отмечается повышение АД до 130/100 мм рт.ст.; вы порекомендуете ей: А: снизить дозу флудрокортизона до 50 мкг Б: отменить флудрокортизон В: снизить дозу гидрокортизона до 10 мг Г: добавить к лечению торасемид 5 мг **Вопрос №10** У пациентки есть риск развития: А: пернициозной анемии Б: синдрома множественных эндокринных неоплазий 2 типа В: синдрома поликистозных яичников Г: гормонально-неактивной опухоли надпочечника **Вопрос №11** Профилактика развития аддисонического криза при интеркуррентном заболевании заключается в: А: увеличении дозы глюкокортикоидов Б: увеличении дозы минералокортикоидов В: дополнительном назначении глутаминовой кислоты	

	Г: дополнительном назначении аскорбиновой кислоты **Вопрос №12** Пациентам с первичной надпочечниковой недостаточностью, получающим заместительную терапию, показана консультация врача-эндокринолога 1 раз в: А: 1 год Б: 5 лет В: 6 месяцев Г: 3 года **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при анафилактическом шоке.	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 4

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет. **1.2. Жалобы** • приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости • сухость во рту, жажду **1.3. Анамнез заболевания** • около двух месяцев назад впервые возник приступ, сопровождающийся страхом, повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст., сердцебиением и потливостью. • приступы продолжаются около 1 часа, возникают 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно • к врачу с данными жалобами обратился впервые • лекарственную терапию не получает **1.4. Анамнез жизни** • Рос и развивался нормально. • Автослесарь. • Перенесённые заболевания: детские инфекции, ОРВИ • Наследственность: у отца медуллярный рак щитовидной железы • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: курит. **1.5. Объективный статус** Состояние относительно удовлетворительное. нормального питания, рост 1,76 м, вес 72 кг, индекс массы тела 23,2 кг/м2, t тела 36,7°С. Кожные покровы физиологической окраски и	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. Лежа АД 120/75 мм рт. ст., стоя 85/65 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При осмотре конфигурация области шеи не изменена, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет.

Вопрос №1 К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

А: глюкозу плазмы натощак

Б: метанефрины и норметанефрины в суточной моче

В: тиреотропный гормон, свободный тироксин в сыворотке крови

Г: инсулин, с-пептид в сыворотке крови

Д: кортизол и адренокортикотропный гормон в сыворотке крови

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза, ммоль/л	6,4	3,5-6,1

3.2. Метанефрины и норметанефрины в суточной моче

Метанефрин 710 мкг/сутки (норма <320 мкг/сутки),
норметанефрин 685 мкг/сутки (норма < 390 мкг/сутки)

3.3. Тиреотропный гормон, свободный тироксин в сыворотке крови

ТТГ - 2,6 мЕд/л (норма 0,4-4,0 мЕд/л),
Т4 св. - 9,1 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л)

3.4. Инсулин, с-пептид в сыворотке крови

инсулин 4,6 мкЕд/мл (норма 2,7-10,4 мкЕд/мл),
с-пептид 320 пмоль/л(норма 260-1730 пмоль/л)

3.5. Кортизол и адренокортикотропный гормон в сыворотке крови

Кортизол 430 нмоль/л (норма 101,2-535,7 нмоль/л).
АКТГ - 4,5 пг/мл (норма< 46 пг/мл)

Вопрос №2 С учетом выявленных изменений пациенту показано проведение:

А: перорального глюкозотолерантного теста

Б: ночного подавляющего теста с 1 мг дексаметазона

	В: пробы с инсулиновой гипогликемией Г: теста с синактеном-депо **5. Результаты дополнительного обследования** **5.1. Оральный глюкозотолерантный тест** Глюкоза 0 минут – 6,0 ммоль/л, глюкоза 120 минут – 8,1 ммоль/л **5.2. Ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона** Кортизол сыворотки крови – 48 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л) **5.3. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол до пробы – 181 (норма 171-536 нмоль/л) Кортизол после пробы - 690 нмоль/л (более 550 нмоль/л) АКТГ до пробы – 12 пг/мл (норма 10 -60) АКТГ после пробы - 161 пг/мл (более 150) **5.4. Тест с синактеном-депо** Кортизол (исходно) – 181 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л) Кортизол (после пробы) – 690 нмоль/л (более 500-550 нмоль/л) **Вопрос №3** Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются: А: КТ надпочечников Б: МРТ гипофиза В: УЗИ поджелудочной железы Г: УЗИ щитовидной железы **6.1. Результаты инструментальных методов обследования** **6.1.1. КТ надпочечников** В левом надпочечнике определяется образование, округлой формы, с ровными краями, гетерогенной структуры, со средней нативной плотностью 35 HU **6.1.2. МРТ гипофиза** На Т1 взвешенных изображениях с контрастным усилением определяется гипофиз размерами 1,0х0,5х0,9 см, однородной структуры **6.1.3. УЗИ поджелудочной железы** Поджелудочная железа размерами 20х18х15 мм, контуры ровные, четкие, эхогенность паренхимы средняя, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен **6.1.4. УЗИ щитовидной железы**	

	Щитовидная железа расположена обычно, контур ее ровный, четкий. Объем правой доли 8 мл, объем левой доли 6 мл, паренхима средней эхогенности, узлы не визуализируются. Регионарные лимфоузлы не изменены. **Вопрос №4** Какой диагноз можно поставить данному больному?: А: Феохромоцитома. Нарушенная толерантность к глюкозе Б: Инциденталома надпочечника. Вторичный сахарный диабет В: Манифестный тиреотоксикоз, декоменсация. Нарушенная толерантность к глюкозе Г: Синдром Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника. Нарушение гликемии натощак **8. Диагноз** Диагноз: **8.1. E27.5. Феохромоцитома. Нарушенная толерантность к глюкозе** **8.2. Инциденталома надпочечника. Вторичный сахарный диабет** **8.3. Манифестный тиреотоксикоз, декоменсация. Нарушенная толерантность к глюкозе** **8.4. Синдром Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника. Нарушение гликемии натощак** **Вопрос №5** Терапией выбора феохромоцитомы является: А: левосторонняя адреналэктомия Б: двухсторонняя адреналэктомия В: назначение альфа-метилпаратирозина Г: назначение комбинации альфа- и бета-адреноблокаторов **Вопрос №6** В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить : А: альфа-адреноблокаторы Б: блокаторы рецепторов ангиотензина В: антагонисты кальция Г: блокаторы рецепторов альдостерона **Вопрос №7** Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в: А: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе Б: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении метформина В: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении акарбозы Г: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении пиоглитазона **Вопрос №8** У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде: А: неуправляемой гемодинамики Б: гипогликемического состояния В: гипергликемического состояния	

	Г: судорожного синдрома **Вопрос №9** Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через _____ недели/недель после операции: А: 2-4 Б: 6-8 В: 10-12 Г: 14-16 **Вопрос №10** Учитывая наследственность пациента по медуллярному раку щитовидной железы, необходимо определить уровень _____ в крови: А: кальцитонина Б: тиреотропного гормона В: паратиреоидного гормона Г: тиреоглобулина **Вопрос №11** Функциональная топическая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении сцинтиграфии всего тела с: А: метайодбензилгуанидином Б: технеция-пертехнетатом В: F^18^-фтордезоксиглюкозой Г: F^18^-дигидроксифенилаланином **Вопрос №12** Феохромоцитома преимущественно не секретирует : А: метанефрин Б: норадреналин В: адреналин Г: дофамин **2. Демонстрация практических навыков**. а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гипотиреоидной коме	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 5

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	1**. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет. **1.2. Жалобы** • приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости • сухость во рту, жажду **1.3. Анамнез заболевания** • около двух месяцев назад впервые возник приступ, сопровождающийся страхом, повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст., сердцебиением и потливостью. • приступы продолжаются около 1 часа, возникают 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно • к врачу с данными жалобами обратился впервые • лекарственную терапию не получает **1.4. Анамнез жизни** • Рос и развивался нормально. • Автослесарь. • Перенесённые заболевания: детские инфекции, ОРВИ • Наследственность: у отца медуллярный рак щитовидной железы • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: курит. **1.5. Объективный статус**	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

Состояние относительно удовлетворительное. нормального питания, рост 1,76 м, вес 72 кг, индекс массы тела 23,2 кг/м2, t тела 36,7°С. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. Лежа АД 120/75 мм рт. ст., стоя 85/65 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При осмотре конфигурация области шеи не изменена, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет.

Вопрос №1 К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

А: глюкозу плазмы натощак
Б: метанефрины и норметанефрины в суточной моче
В: тиреотропный гормон, свободный тироксин в сыворотке крови
Г: инсулин, с-пептид в сыворотке крови
Д: кортизол и адренокортикотропный гормон в сыворотке крови

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза, ммоль/л	6,4	3,5-6,1

3.2. Метанефрины и норметанефрины в суточной моче

Метанефрин 710 мкг/сутки (норма <320 мкг/сутки),
норметанефрин 685 мкг/сутки (норма < 390 мкг/сутки)

3.3. Тиреотропный гормон, свободный тироксин в сыворотке крови

ТТГ - 2,6 мЕд/л (норма 0,4-4,0 мЕд/л),
Т4 св. - 9,1 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л)

3.4. Инсулин, с-пептид в сыворотке крови

инсулин 4,6 мкЕд/мл (норма 2,7-10,4 мкЕд/мл),
с-пептид 320 пмоль/л(норма 260-1730 пмоль/л)

3.5. Кортизол и адренокортикотропный гормон в сыворотке крови

Кортизол 430 нмоль/л (норма 101,2-535,7 нмоль/л).
АКТГ - 4,5 пг/мл (норма< 46 пг/мл)

	Вопрос №2 С учетом выявленных изменений пациенту показано проведение: А: перорального глюкозотолерантного теста Б: ночного подавляющего теста с 1 мг дексаметазона В: пробы с инсулиновой гипогликемией Г: теста с синактеном-депо **5. Результаты дополнительного обследования** **5.1. Оральный глюкозотолерантный тест** Глюкоза 0 минут – 6,0 ммоль/л, глюкоза 120 минут – 8,1 ммоль/л **5.2. Ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона** Кортизол сыворотки крови – 48 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л) **5.3. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол до пробы – 181 (норма 171-536 нмоль/л) Кортизол после пробы - 690 нмоль/л (более 550 нмоль/л) АКТГ до пробы – 12 пг/мл (норма 10 -60) АКТГ после пробы - 161 пг/мл (более 150) **5.4. Тест с синактеном-депо** Кортизол (исходно) – 181 нмоль/л (норма 171-536 нмоль/л) Кортизол (после пробы) – 690 нмоль/л (более 500-550 нмоль/л) **Вопрос №3** Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются: А: КТ надпочечников Б: МРТ гипофиза В: УЗИ поджелудочной железы Г: УЗИ щитовидной железы **6.1. Результаты инструментальных методов обследования** **6.1.1. КТ надпочечников** В левом надпочечнике определяется образование, округлой формы, с ровными краями, гетерогенной структуры, со средней нативной плотностью 35 HU **6.1.2. МРТ гипофиза** На Т1 взвешенных изображениях с контрастным усилением определяется гипофиз размерами 1,0х0,5х0,9 см, однородной структуры **6.1.3. УЗИ поджелудочной железы**	

	Поджелудочная железа размерами 20х18х15 мм, контуры ровные, четкие, эхогенность паренхимы средняя, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен **6.1.4. УЗИ щитовидной железы** Щитовидная железа расположена обычно, контур ее ровный, четкий. Объем правой доли 8 мл, объем левой доли 6 мл, паренхима средней эхогенности, узлы не визуализируются. Регионарные лимфоузлы не изменены. **Вопрос №4** Какой диагноз можно поставить данному больному?: А: Феохромоцитома. Нарушенная толерантность к глюкозе Б: Инциденталома надпочечника. Вторичный сахарный диабет В: Манифестный тиреотоксикоз, декоменсация. Нарушенная толерантность к глюкозе Г: Синдром Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника. Нарушение гликемии натощак **8. Диагноз** Диагноз: **8.1. Е27.5. Феохромоцитома. Нарушенная толерантность к глюкозе** **8.2. Инциденталома надпочечника. Вторичный сахарный диабет** **8.3. Манифестный тиреотоксикоз, декоменсация. Нарушенная толерантность к глюкозе** **8.4. Синдром Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника. Нарушение гликемии натощак** **Вопрос №5** Терапией выбора феохромоцитомы является: А: левосторонняя адреналэктомия Б: двухсторонняя адреналэктомия В: назначение альфа-метилпаратирозина Г: назначение комбинации альфа- и бета-адреноблокаторов **Вопрос №6** В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить : А: альфа-адреноблокаторы Б: блокаторы рецепторов ангиотензина В: антагонисты кальция Г: блокаторы рецепторов альдостерона **Вопрос №7** Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в: А: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе	

Б: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении метформина
В: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении акарбозы
Г: ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении пиоглитазона

Вопрос №8 У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде:
А: неуправляемой гемодинамики
Б: гипогликемического состояния
В: гипергликемического состояния
Г: судорожного синдрома

Вопрос №9 Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через _____ недели/недель после операции:
А: 2-4
Б: 6-8
В: 10-12
Г: 14-16

Вопрос №10 Учитывая наследственность пациента по медуллярному раку щитовидной железы, необходимо определить уровень _____ в крови:
А: кальцитонина
Б: тиреотропного гормона
В: паратиреоидного гормона
Г: тиреоглобулина

Вопрос №11 Функциональная топическая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении сцинтиграфии всего тела с:
А: метайодбензилгуанидином
Б: технеция-пертехнетатом
В: F^18^-фтордезоксиглюкозой
Г: F^18^-дигидроксифенилаланином

Вопрос №12 Феохромоцитома преимущественно не секретирует :
А: метанефрин
Б: норадреналин
В: адреналин
Г: дофамин

	2. Демонстрация практических навыков. а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гиперосмолярной некетоацидотической коме.	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 6

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации: **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Пациентка Д., 52 лет, находится в кардиологическом отделении в связи с повышением артериального давления до 200/110 мм рт.ст. **1.2. Жалобы** • эпизоды повышения артериального давления до 210/120 мм рт. ст., сопровождающиеся носовыми кровотечениями, появлением «мушек» перед глазами • мышечная слабость, иногда-судороги в ногах **1.3. Анамнез заболевания** Считает себя больной около 3 лет, когда впервые отметила повышение артериального давления до 140-150/85-90 мм рт.ст. Наблюдалась терапевтом по месту жительства, принимала лозартан 100 мг с гидрохлортиазидом 25 мг- без выраженного положительного эффекта. В дальнейшем длительное время получала различную гипотензивную терапию с включением диуретиков. На этом фоне отмечались эпизоды повышения АД до 210/120 мм рт.ст., в последний месяц стала нарастать мышечная слабость, появились судороги в ногах. **1.4. Анамнез жизни** • Работает продавцом • Перенесённые заболевания: детские инфекции, ЖКБ, холецистэктомия 10 лет назад • Наследственность: не отягощена • Аллергоанамнез: не отягощён • Вредные привычки: отрицает **1.5. Объективный статус**	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Т° тела 36,7°С. Телосложение нормостеническое. Рост-165 см, вес-60 кг, ИМТ- 22,0 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые физиологичной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 56 в мин. АД -170/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижная при пальпации и глотании, мягко-эластической консистенции.

Вопрос №1 Необходимыми для диагностики лабораторными методами обследования являются:

А: определение альдостерон-ренинового соотношения
Б: биохимический анализ крови с определением калия
В: определение тиреотропного гормона
Г: определение адренокортикотропного гормона
Д: определение кортизола слюны
Е: клинический анализ крови

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Определение альдостерон-ренинового соотношения

Альдостерон- 437 пг/мл (25,2-392)
Ренин-1,0 мкМЕд/мл (4,4-46,1)
Альдостерон-рениновое соотношение- 43 (до 35)

3.2. Биохимический анализ крови с определением калия

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок, г/л	**74,3**	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	**14,5**	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	**4,7**	2,5–6,4
Общий холестерин, ммоль/л	**5,6**	0,0-5,3

Креатинин, мкмоль/л	**71**	58,0-96,0
АСТ, Ед/л	**14**	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	**17**	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	**5,2**	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	**2,9**	3,4-5,3

3.3. Определение тиреотропного гормона

2,6 мЕд/л (0,4- 4)

3.4. Определение адренокортикотропного гормона

17 пг/мл (<46)

3.5. Определение кортизола слюны

4,4 нмоль/л (<6,94)

3.6. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *1012/л	**4,8**	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	**136**	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	**42**	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	**0,94**	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	**84**	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	**28**	26-34

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	**36,3**	32,0-37.0
Ретикулоциты (RET), ‰	**10**	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	**210**	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	**6,8**	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	**4**	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	**54**	47-72
Эозинофилы, %	**2**	1-5
Базофилы, %	**0**	0-1
Лимфоциты, %	**36**	19-37
Моноциты, %	**4**	2-10
СОЭ, мм/ч	**8**	м. 2-10 ж. 2-15

Вопрос №2 Необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методом диагностики является:

А: КТ надпочечников

Б: УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

В: электрокардиография в 12 отведениях

Г: эхокардиография

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. КТ надпочечников

Оба надпочечника обычно расположены.

Правый надпочечник: медиальная ножка до 4.4 мм, латеральная до 4.7 мм, тело до 5.4 мм.

Левый надпочечник: проксимальные отделы медиальной ножки до 3.5 мм, латеральная ножка до 3.6 мм, тело до 4.3 мм. В проекции дистальных и средних отделов медиальной

	ножки левого надпочечника определяется образование, овальной формы с четкими и ровными контурами до 21.2х19.4х14 мм с показателями плотности 15-20 HU, с элементами жидкостных и жировых включений. Плотностные характеристики правого надпочечника в пределах нормы 28-42 HU. Капсула надпочечника не изменена. Обе почки имеют нормальные размеры и положение. Почечная паренхима нормальной толщины и структуры. Чашечки нормальной формы. Почечные лоханки нормального вида, свободны от камней и без признаков обструкции и нарушения пассажа мочи. В пределах сканирования увеличенных лимфатических узлов не определяется. **5.2. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства** Печень: не увеличена, структурно не изменена. Желчный пузырь: удалён, ложе без особенностей. Селезенка: не увеличена, структурно не изменена. Поджелудочная железа: обычной эхоструктуры. Вирсунгов проток не расширен. Почки: обычно расположены, не увеличены, структура и плотность паренхимы не изменена. В проекции левого надпочечника определяется образование, овальной формы с четкими и ровными контурами до 20.0х20.0 мм. Чашечно-лоханочная система и мочеточники не расширены. Лимфатические узлы не увеличены. Свободной жидкости в брюшной полости нет. **5.3. Электрокардиография в 12 отведениях** Ритм синусовый, правильный с ЧСС 58 в 1 мин. Электрическая ось сердца отклонена влево. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Диффузные изменения миокарда **5.4. Эхокардиография** Неспецифические дегенеративные изменения стенок аорты, фиброзных колец и створок аортального и митрального клапанов умеренно выраженные. Гипертрофия левого желудочка. Регургитация на митральном I ст. и трикуспидальном клапане I ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка по релаксационному типу. Глобальная сократимость левого желудочка не нарушена. Фракция выброса левого желудочка - 62%. **Вопрос №3** Какой диагноз можно поставить пациентке с учетом данных анамнеза и результатов лабораторного и инструментального методов обследования?: А: Первичный гиперальдостеронизм Б: Синдром Иценко-Кушинга В: Феохромоцитома Г: Болезнь Иценко-Кушинга	

	7. Диагноз Диагноз: **7.1. Первичный гиперальдостеронизм** **7.2. Синдром Иценко-Кушинга** **7.3. Феохромоцитома** **7.4. Болезнь Иценко-Кушинга** **Вопрос №4** Клинико-морфологическим вариантом первичного гиперальдостеронизма в данном случае является: А: аденома левого надпочечника Б: идиопатический гиперальдостеронизм В: односторонняя надпочечниковая гиперплазия Г: вторичный гиперальдостеронизм **Вопрос №5** Методом выбора в лечении первичного гиперальдостеронизма с односторонней гиперпродукцией альдостерона является: А: лапароскопическая адреналэктомия Б: назначение спиронолактона В: назначение эплеренона Г: терапия преднизолоном **Вопрос №6** Перед хирургическим лечением необходимо выполнить: А: селективный забор крови из вен надпочечников Б: магнитно-резонансную томографию надпочечников В: генетическое тестирование на семейные формы первичного гиперальдостеронизма Г: селективный забор крови из каменистых синусов **Вопрос №7** Предоперационная подготовка включает: А: нормализацию артериального давления и коррекцию гипокалиемии Б: назначение минимально титрованной дозы дексаметазона перед сном В: инфузию 2000 мл 0,9% раствора хлорида натрия Г: исключение препаратов, влияющих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему **Вопрос №8** Пациентка отказалась от оперативного вмешательства. В этом случае ей показано назначение: А: антагонистов минералокортикоидных рецепторов Б: блокаторов имидазолиновых рецепторов	

	В: блокаторов альфа1-адренорецепторов Г: кардиоселективных бета - адреноблокаторов **Вопрос №9** К селективным антагонистам минералокортикоидных рецепторов относится препарат: А: эплеренон Б: спиронолактон В: верапамил Г: триамтерен **Вопрос №10** Противопоказанием к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов является: А: ХБП 4 стадии Б: ХБП 2 стадии В: печеночная недостаточность Г: пожилой возраст **Вопрос №11** К гипотензивным препаратам с минимальным влиянием на уровень альдостерона относится: А: доксазозин Б: амилорид В: бисопролол Г: каптоприл **Вопрос №12** Крайне редким проявлением первичного гиперальдостеронизма является: А: эктопированная продукция альдостерона Б: односторонняя надпочечников гиперплазия В: альдостеронпродуцирующая карцинома надпочечника Г: глюкокортикоидзависимый гиперальдостеронизм **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при острой надпочечниковой недостаточности.	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 7

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Пациентка Е., 27 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской многопрофильной больницы после синкопального состояния. **1.2. Жалобы** Жалобы и анамнез собраны со слов мужа. Контакт с пациенткой затруднён в связи с тяжестью состояния. • головокружение при смене положения из горизонтального в вертикальное • выраженную мышечную слабость • похудение на 3 кг за последние 3 месяца на фоне снижения аппетита • тошноту, рвоту, боли в животе • пристрастие с соленой пище **1.3. Анамнез заболевания** В течение последних 3 месяцев отмечала снижение аппетита, появилась тяга к соленой пище. Стала замечать быстрое наступление усталости, особенно во второй половине дня, беспокоили головокружения, кожные покровы стали более смуглыми. Состояние ухудшилось 3 дня назад на фоне ОРВИ и постепенно прогрессировало: наросли общая и мышечная слабость, усилилась пигментация кожных покровов, появились тошнота, многократная рвота, боли в животе. АД не измеряла, однако в связи с кратковременной потерей сознания вызвана бригада скорой медицинской помощи, зафиксировано АД 70/40 мм рт.ст. **1.4. Анамнез жизни** • Работает менеджером • Перенесённые заболевания: детские инфекции • Беременность отрицает	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

- Наследственность: не отягощена
- Аллергоанамнез: не отягощён
- Вредные привычки: отрицает

1.5. Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Уровень сознания-оглушение. Т° тела 37,1°С. Дезориентирована в месте, времени, ситуации; на вопросы отвечает с задержкой, невпопад. Периодически засыпает. Положение пассивное из-за мышечной слабости. Телосложение астеническое. Рост-151 см, вес-49 кг, ИМТ- 21,5 кг/м2. Кожные покровы сухие, диффузно гиперпигментированы (цвет загара), особенно в области колен, локтей, кожных и ладонных складок, локально пятнами витилиго; эластичность и тургор кожи снижены. Значительно снижено оволосение лобковой и подмышечных зон (эпиляции не было). Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 98 в мин. АД -70/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Гиперемия зева. Живот запавший, несколько чувствительный и напряженный в мезо- и эпигастрии. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижная при пальпации и глотании, мягко-эластической консистенции.

Вопрос №1 Необходимыми для подтверждения диагноза лабораторными методами обследования являются определение:

А: кортизола сыворотки крови
Б: адренокортикотропного гормона
В: тиреотропного гормона
Г: глюкозы плазмы
Д: пролактина
Е: кетоновых тел в моче

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Кортизол сыворотки крови

37 нмоль/л (140-560)

3.2. Адренокортикотропный гормон

810 пг/мл (менее 46)

3.3. Тиреотропный гормон

2,6 мЕд/л (0,4- 4)

3.4. Глюкоза плазмы

3,4 ммоль/л (3,3-6,1)

	3.5. Пролактин 360 мЕд/мл (109-557) **3.6. Кетоновые тела в моче** отрицательно **Вопрос №2** После стабилизации состояния пациентки, на фоне временной отмены терапии, необходимо провести: А: пробу с 1-24 АКТГ Б: пероральный глюкозотолерантный тест В: малый дексаметазоновый тест Г: пробу с трехдневным голоданием **5. Результаты обследования** **5.1. Проба с 1-24 АКТГ** Пиковый уровень кортизола менее 500 нмоль/л **5.2. Пероральный глюкозотолерантный тест** Глюкоза натощак-4,2 ммоль/л (<6,1) Глюкоза через 120 минут после приёма 75 г глюкозы -7,3 ммоль/л (<7,8) **5.3. Малый дексаметазоновый тест** Кортизол в 8 утра110 нмоль/л, в 23 часа прием 1 мг дексаметазона, кортизол в 8 утра на следующий день 31 нмоль/л **5.4. Проба с трехдневным голоданием** Глюкоза в течение 72 часов-4,0-3,1 ммоль/л, симптомы гипогликемии отсутствовали. **Вопрос №3** Какой диагноз можно поставить больной с учетом клинических и лабораторных данных?: А: Первичная надпочечниковая недостаточность, декомпенсация. Аддисонический криз Б: Болезнь Кушинга. Неосложненный гиперкортицизм. В: Нейро-циркуляционная дистония по гипотоническому типу Г: Вторичная надпочечниковая недостаточность, декомпенсация. Аддисонический криз **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Первичная надпочечниковая недостаточность, декомпенсация. Аддисонический криз** **7.2. Болезнь Кушинга. Неосложненный гиперкортицизм.**	

7.3. Нейро-циркуляционная дистония по гипотоническому типу

7.4. Вторичная надпочечниковая недостаточность, декомпенсация. Аддисонический криз

Вопрос №4 Пациентке выполнен анализ крови на антитела к 21-гидроксилазе. Титр 1:40 (повышен) говорит о/об _____ характере поражения надпочечников:

А: аутоиммунном
Б: инфекционном
В: метастатическом
Г: идиопатическом

Вопрос №5 Терапию аддисонического криза проводят предпочтительно препаратом:

А: гидрокортизона
Б: дексаметазона
В: флудрокортизона
Г: преднизолона

Вопрос №6 Доза гидрокортизона при подозрении на аддисонический криз должна составлять:

А: 100 мг внутривенно
Б: 100 мг внутримышечно
В: 500 мг перорально
Г: 50 мг внутривенно

Вопрос №7 Дальнейшее парентеральное введение гидрокортизона в первые сутки проводится в дозе _____ мг:

А: 200
Б: 500
В: 100
Г: 50

Вопрос №8 Скорость регидратации в 1-й час должна составлять _____ мл:

А: 1000
Б: 3000
В: 2000
Г: 1500

Вопрос №9 Регидратация проводится ____ % раствором:

А: 0,9; NaCl
Б: 0,45; NaCl

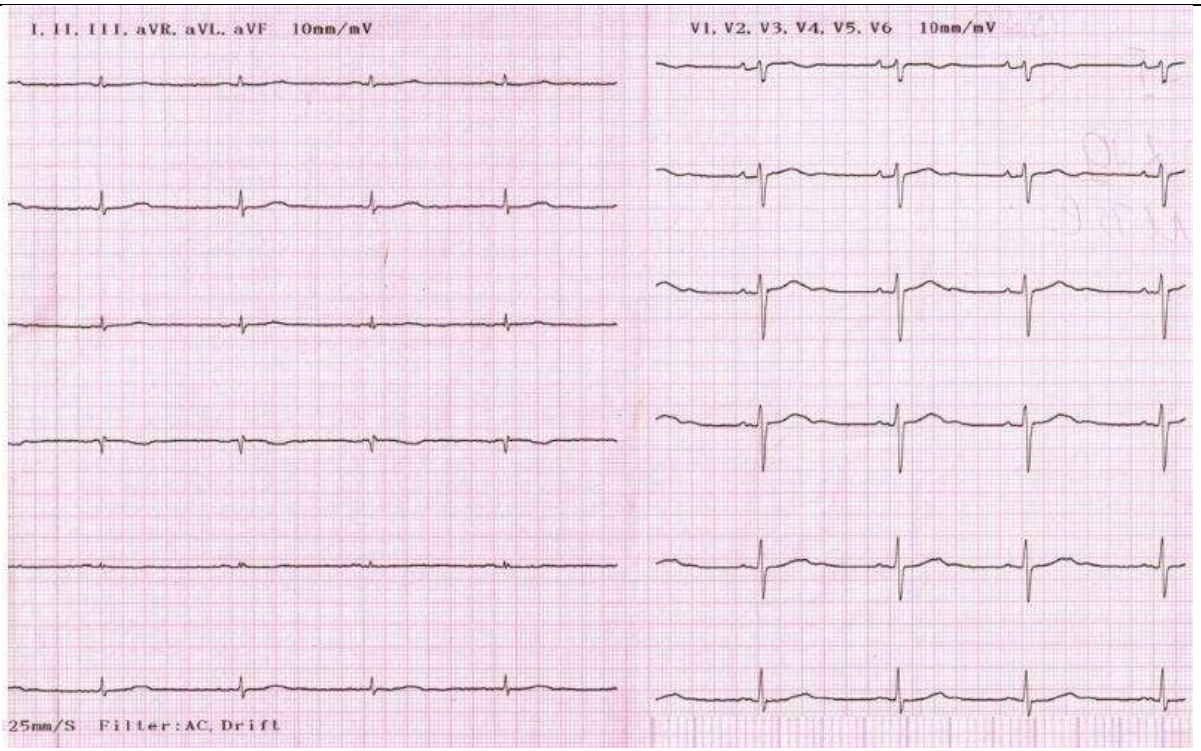
	В: 2; бикарбоната натрия Г: 40; глюкозы **Вопрос №10** При переводе на таблетированные формы препаратов пациентке необходимо назначить: А: гидрокортизон 25 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 50 мкг в сутки утром Б: гидрокортизон 10 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 50 мкг в сутки утром В: гидрокортизон 50 мг утром, флудрокортизон 50 мг вечером Г: гидрокортизон 25 мг утром, флудрокортизон 100 мг в два приёма **Вопрос №11** В случае развития неосложненного ОРВИ пациентке рекомендовано: А: увеличить дозу гидрокортизона в 2-3 раза Б: перейти на парентеральное введение гидрокортизона В: увеличить дозу флудрокортизона в 2-3 раза Г: продолжить терапию без изменений **Вопрос №12** Через 2 года у данной пациентки выявлен хронический аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, что указывает на наличие: А: аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа Б: аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа В: синдрома множественной эндокринной неоплазии 1 типа Г: синдрома множественной эндокринной неоплазии 2 типа **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при тиреотоксическом кризе.	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 8

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 36 лет. **1.2. Жалобы** на • быструю утомляемость, сонливость, снижение памяти, • сухость кожи, • выпадение волос на голове. **1.3. Анамнез заболевания** • В течение года беспокоит утомляемость, сонливость, снижение памяти. • В течение месяца отмечает сухость кожных покровов, выпадение волос. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает менеджером. • Перенесённые заболевания: детские инфекции. • Беременности – 2, роды – 2. • Наследственность: не отягощена. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: отрицает. **1.5. Объективный статус** Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 166 см, масса тела – 63 кг, индекс массы тела – 22,5 кг/м2, температура тела – 36,2°С. Кожные	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются плотные отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту. АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, пальпируется узловое образование в левой доле. Глазные симптомы отрицательные. **Вопрос №1** Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования: А: тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4) Б: антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ) В: альдостерон, ренин плазмы Г: тестостерон, дигидротестостерон Д: кортизол, адренокортикотропный гормон Е: метанефрин, норметанефрин в суточной моче **3. Результаты лабораторных методов обследования** **3.1. Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4 св.)** ТТГ – 24,6 мЕд/л (норма 0,4-4,0 мЕд/л). Т4 св. – 9,1 пмоль/л (норма 10,8-22,0 пмоль/л). **3.2. Антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО), антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ)** АТ к ТПО – 250 Ед/мл (норма < 35 Ед/мл). АТ к ТГ – 110 Ед/мл (норма < 18 Ед/мл). **3.3. Альдостерон, ренин плазмы** Альдостерон – 96,0 пг/мл (норма 25,2-392 пг/мл). Ренин – 12,6 мкМЕд/мл (норма 4,4-46,1 мкМЕд/мл). **3.4. Тестостерон, дигидротестостерон** Тестостерон – 1,1 нмоль/л (норма 0,52-1,72 нмоль/л). Дигидротестостерон – 126 пг/мл (норма 24-450 пг/мл). **3.5. Кортизол, адренокортикотропный гормон** Кортизол – 430 нмоль/л (норма 101,2-535,7 нмоль/л). Адренокортикотропный гормон – 4,5 пг/мл (норма < 46 пг/мл).	

	3.6. Метанефрин, норметанефрин в суточной моче Метанефрин – 160 мкг/сутки (норма < 320 мкг/сутки). Норметанефрин – 175 мкг/сутки (норма < 390 мкг/сутки). **Вопрос №2** Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования: А: ультразвуковое исследование щитовидной железы Б: электрокардиография В: рентгенография турецкого седла Г: рентгенография органов грудной клетки Д: компьютерная томография орбит Е: рентгенография пищевода с барием **5. Результаты инструментальных методов обследования** **5.1. Ультразвуковое исследование щитовидной железы** Щитовидная железа расположена обычно, контур ее неровный, четкий. Объем правой доли – 7 мл, объем левой доли – 9 мл. Паренхима средней эхогенности, диффузно неоднородна за счет зон различной эхогенности. В левой доле визуализируется гипоэхогенный узел, с ровными контурами, с перинодулярным кровотоком, размерами 11×9 мм. Кровоток не изменен. Регионарные лимфоузлы не изменены. **5.2. Электрокардиография** Ритм синусовый, ЧСС – 46 в минуту, нормальное положение ЭОС.	



5.3. Рентгенография турецкого седла

При прицельной рентгенографии в 2-х проекциях размеры турецкого седла: сагитальный – 12 мм (норма 9-15 мм), вертикальный – 9 мм (норма 7-12 мм), костно-деструктивных изменений не выявлено.

5.4. Рентгенография органов грудной клетки

На представленной рентгенограмме легких в прямой и боковой проекциях – в легких без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны, не расширены. Контуры диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Сердечная тень обычной конфигурации. Видимые мягкие ткани и костно-суставная система без особенностей.

5.5. Компьютерная томография орбит

Костно-деструктивных изменений со стороны орбит не выявлено. Структуры орбит хорошо дифференцируются. Глазодвигательные мышцы не утолщены. Зрительные нервы симметричные. Ретробульбарная клетчатка не уплотнена, хорошо дифференцируется.

	5.6. Рентгенография пищевода с барием Сужений или деформаций просвета пищевода не выявлено, депо бария в пределах контура органа. **Вопрос №3** Дополнительно пациентке необходимо определить _____ сыворотки крови: А: кальцитонин Б: тиреоглобулин В: реверсивный трийодтиронин Г: тироксинсвязывающий глобулин **7. Результат дополнительного обследования** **7.1. Кальцитонин сыворотки крови** Кальцитонин – 2 пг/мл (норма < 10 пг/мл). **7.2. Тиреоглобулин сыворотки крови** Тиреоглобулин – 53 нг/мл (норма < 55 нг/мл). **7.3. Реверсивный трийодтиронин сыворотки крови** Реверсивный Т3 – 0,51 нмоль/л (0,39 – 1,16 нмоль/л). **7.4. Тироксинсвязывающий глобулин сыворотки крови** Тироксинсвязывающий глобулин – 315 ммоль/л (норма 222 – 517 ммоль/л). **Вопрос №4** Пациентке показано проведение: А: тонкоигольной аспирационной биопсии узла Б: сцинтиграфии щитовидной железы В: рентгенографии пищевода с барием Г: магнитно-резонансной томографии мягких тканей шеи **9. Результат дополнительного обследования** **9.1. Тонкоигольная аспирационная биопсия узла** Цитограмма коллоидного зоба (BETHESDA– 2). **9.2. Сцинтиграфия щитовидной железы** При сцинтиграфии щитовидной железы изображение типичного расположения, визуализируются обе доли, перешеек. Распределение радиофармпрепарата (РФП) неравномерное, в правой доле определяется участок сниженного накопления РФП. Эктопической ткани щитовидной железы не выявлено. **9.3. Рентгенография пищевода с барием** Сужений или деформаций просвета пищевода не выявлено, депо бария в пределах контура органа.	

9.4. Магнитно-резонансная томография мягких тканей шеи

Околоушные и подчелюстные слюнные железы однородной структуры, имеют ровные и четкие контуры. Пространства шеи структурны. Патологических образований и изменений МР-сигнала не определяется. Щитовидная железа располагается обычно, нормальных размеров, контуры ровные и четкие. Визуализированные сосуды без видимой патологии. Мышцы шеи симметричны, не изменены.

Вопрос №5 Какой предполагаемый основной диагноз?:

А: Аутоиммунный тиреоидит. Первичный манифестный гипотиреоз. Узловой зоб 1 ст.

Б: Аутоиммунный тиреоидит. Аденома щитовидной железы. Первичный манифестный гипотиреоз

В: Аутоиммунный тиреоидит. Первичный субклинический гипотиреоз

Г: Безболевой тиреоидит. Узловой зоб 1 ст. Первичный манифестный гипотиреоз

11. Диагноз

Диагноз:

11.1. Аутоиммунный тиреоидит. Первичный манифестный гипотиреоз. Узловой зоб 1 ст.

11.2. Аутоиммунный тиреоидит. Аденома щитовидной железы. Первичный манифестный гипотиреоз

11.3. Аутоиммунный тиреоидит. Первичный субклинический гипотиреоз

11.4. Безболевой тиреоидит. Узловой зоб 1 ст. Первичный манифестный гипотиреоз

Вопрос №6 Пациентке необходимо назначить :

А: левотироксин натрия в дозе 100 мкг

Б: левотироксин натрия в дозе 50 мкг

В: йодид калия в дозе 200 мкг

Г: тиамазол в дозе 30 мг

Вопрос №7 Для контроля лечения необходимо оценить уровень:

А: ТТГ

Б: Т4 свободного

В: Т4 общего

Г: Т3 свободного

Вопрос №8 Определение уровня ТТГ необходимо провести через ____ недель/недели после начала терапии:

	А: 8 Б: 4 В: 12 Г: 2 **Вопрос №9** В случае наступления беременности пациентке необходимо рекомендовать: А: увеличить дозу левотироксина натрия на 30-50% Б: уменьшить дозу левотироксина натрия на 30-50% В: заменить левотироксин натрия на йодид калия Г: отменить левотироксин натрия **Вопрос №10** После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать : А: 1 раз в год Б: 1 раз в 2 месяца В: 1 раз в 2 года Г: только при появлении жалоб **Вопрос №11** УЗИ щитовидной железы необходимо проводить _____ раза/раз в год: А: 1 Б: 2 В: 3 Г: 4 **Вопрос №12** Профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в : А: поддержании стойкого эутиреоза Б: назначении йодида калия В: употреблении йодированной соли Г: достаточной инсоляции **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при острой гипокальцемии.	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 9

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 27 лет. **1.2. Жалобы** на • похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон; • сердцебиение, • потливость, • ломкость ногтей, • слезотечение, покраснение глаз. **1.3. Анамнез заболевания** • В течение трех месяцев после сильного психо-эмоционального стресса стала отмечать сердцебиение, повышение аппетита, ломкость ногтей, снижение веса, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздраженной, появились слезотечение и инъекция склер, нарушение менструального цикла по типу олигоменореи. • В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает учителем. • Перенесённые заболевания: детские инфекции. • Беременности – 1, роды – 1.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

- Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, принимает левотироксин около 10 лет.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: курит.

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 168 см, масса тела – 59 кг, индекс массы тела – 21 кг/м2, температура тела – 37,0°С. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. АД – 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, деформирует ее, при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. OU отек век, умеренная гиперемия конъюнктивы, экзофтальм, ретракция верхнего века – 1 мм, положительный симптом Грефе.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4), свободный трийодтиронин (св.Т3) сыворотки крови

Б: антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови

В: анализ суточной мочи на метанефрин и норметанефрин

Г: пролактин в сыворотке крови

Д: кальцитонин сыворотки крови

Е: тиреоглобулин сыворотки крови

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т4), свободный трийодтиронин (св.Т3) сыворотки крови

ТТГ – 0,01 мЕд/мл (норма 0,4-4,0 мЕд/мл),
св.Т4 – 29,6 пмоль/л (норма 10,8-22,0 пмоль/л),
св.Т3 – 7,1 пмоль/л (норма 2,6-5,7 пмоль/л).

3.2. Антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови

АТ к рТТГ – 21 Ед/л (<1 Ед/л).

3.3. Анализ суточной мочи на метанефрин и норметанефрин

	Метанефрин – 230 мкг/сутки (норма < 320 мкг/сутки). Норметанефрин – 310 мкг/сутки (норма < 390 мкг/сутки). **3.4. Пролактин в сыворотке крови** Пролактин – 320 мЕд/мл (норма 109-557 мЕд/мл). **3.5. Кальцитонин сыворотки крови** Кальцитонин – 4 пг/мл (норма < 10 пг/мл). **3.6. Тиреоглобулин сыворотки крови** Тиреоглобулин – 76 нг/мл (норма < 55 нг/мл). **Вопрос №2** Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования: А: ультразвуковое исследование щитовидной железы Б: электрокардиография В: рентгенография турецкого седла Г: МРТ надпочечников Д: эхокардиография **5. Результаты инструментальных методов обследования** **5.1. Ультразвуковое исследование щитовидной железы** Щитовидная железа расположена обычно, контур ее ровный, четкий. Объем правой доли – 18 мл, объем левой доли – 16 мл, паренхима пониженной эхогенности, узлы не визуализируются. Кровоток усилен. Регионарные лимфоузлы не изменены. **5.2. Электрокардиография** Синусовая тахикардия с ЧСС 112 в мин. Вертикальное положение ЭОС. **5.3. Рентгенография турецкого седла** Турецкое седло обычной формы и размеров. Основная кость пневматизирована. Основная пазуха прозрачна. **5.4. МРТ надпочечников** Надпочечники визуализируются четко, положение, форма и размеры не изменены, структура однородная. **5.5. Эхокардиография** Размеры камер сердца, толщина миокарда, локальная и глобальная сократимость миокарда желудочков в норме. ФВ – 60%. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка не выявлена. Корень аорты и ее восходящий отдел нормальных размеров. Стенки аорты не уплотнены. Клапанный аппарат: митральный клапан: створки тонкие, движутся дискордантно; аортальный клапан: створки тонкие, раскрыты в систолу 1,9	

	см (норма). Признаков легочной гипертензии нет (23 мм рт.ст.). Листки перикарда не уплотнены. **Вопрос №3** Какой предполагаемый основной диагноз?: А: Диффузный токсический зоб 2 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз. ЭОП, неактивная фаза, легкого течения Б: Диффузный токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз. ЭОП, активная фаза, легкой степени В: Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз Г: Аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Диффузный токсический зоб 2 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз. ЭОП, неактивная фаза, легкого течения** **7.2. Диффузный токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз. ЭОП, активная фаза, легкой степени** **7.3. Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз** **7.4. Аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз** **Вопрос №4** Перед назначением лечения пациенту необходимо исследовать: А: клинический и биохимический анализы крови Б: иммунограмму и цитокиновый профиль В: кальцитонин и тиреоглобулин Г: тиреолиберин и паратиреоидный гормон **Вопрос №5** Пациентке необходимо назначить: А: тиамазол 30 мг, анаприлин 120 мг в сутки Б: преднизолон 20 мг, анаприлин 40 мг в сутки В: индометацин 75 мг, анаприлин 40 мг в сутки Г: тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии **Вопрос №6** Для решения вопроса о снижении дозы тиреостатических препаратов необходимо провести : А: исследование св. Т4 в сыворотке крови	

	Б: исследование АТ к ТПО и АТ к ТГ В: УЗИ щитовидной железы Г: сцинтиграфию щитовидной железы **Вопрос №7** Определение уровня св. Т4 необходимо провести через _____ недель/недели от начала лечения: А: 4-6 Б: 12-14 В: 2-3 Г: 16-18 **Вопрос №8** Лечение тиамазолом необходимо продолжать _____ месяцев: А: 12-18 Б: 8-10 В: 4-6 Г: 24-36 **Вопрос №9** Пациентке рекомендована консультация : А: офтальмолога Б: невролога В: дерматолога Г: психиатра **Вопрос №10** В связи с наличием эндокринной офтальмопатии пациентке надо порекомендовать глазные капли с : А: гипромеллозой Б: дексаметазоном В: гентамицином Г: тетризолином **Вопрос №11** Для снижения риска прогрессирования эндокринной офтальмопатии пациентке следует дать рекомендации: А: прекратить курение Б: включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка В: уменьшить количество употребляемых углеводов Г: исключить из рациона мясные блюда **Вопрос №12** Профилактика прогрессирования эндокринной офтальмопатии заключается в : А: поддержании эутиреоза	

	Б: применении плазмофереза В: применении лазерной терапии Г: курсовой терапия пероральными глюкокортикоидами **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при лактатацидозе.	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 10

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 34 лет **1.2. Жалобы** • боль при глотании • боли по передней поверхности шеи, иррадиирующие в околоушную область, шею, затылок • сердцебиение • потливость • повышение температуры тела до 38,2 °С **1.3. Анамнез заболевания** • 4 недели назад заболела гриппом (диагноз подтвержден лабораторно), была лихорадка до 39° С, слабость, на 3-и сутки начался ринит. Через неделю от начала заболевания чувствовала себя удовлетворительно, жалоб не предъявляла, была выписана на работу. Накануне визита к терапевту стала отмечать боль по передней поверхности шеи, иррадиирующую в околоушную область и затылок, боль при глотании, сердцебиение, потливость. • в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов и повышением температуры тела до 38,2° С пришла на прием к участковому врачу-терапевту **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает преподавателем в ВУЗе. • Перенесённые заболевания: детские инфекции • Беременности – 2, роды – 2. • Наследственность: не отягощена.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: отрицает.

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела 21,5 кг/м2, t тела 38,4°С. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, при пальпации плотная, резко болезненная, кожные покровы шеи обычной окраски, гиперемии нет. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Тремор рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: клинический анализ крови

Б: тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4 св.), свободный трийодтиронин (Т3 св.) сыворотки крови

В: анализ суточной мочи на метанефрины и норметанефрины

Г: бактериологическое исследование крови

Д: кальцитонин сыворотки крови

Е: посев отделяемого верхних дыхательных путей на микрофлору

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Клинический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Эритроциты (RBC), *1012/л	**4,8**	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	**136**	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	**42**	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	**0,94**	0,8-1,0

Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	**84**	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	**28**	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	**36,3**	32,0-37.0
Ретикулоциты (RET), ‰	**10**	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	**210**	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	**4,8**	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	**4**	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	**45**	47-72
Эозинофилы, %	**5**	1-5
Базофилы, %	**0**	0-1
Лимфоциты, %	**44**	19-37
Моноциты, %	**2**	2-10
СОЭ, мм/ч	**52**	м. 2-10 ж. 2-15

3.2. Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4 св.), свободный трийодтиронин (Т3 св.) сыворотки крови

ТТГ 0,01 мЕд/мл (норма 0,4-4,0 мЕд/мл), Т4 св. – 24,6 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л), Т3 св. – 5,8 (норма 2,6-5,7 пмоль/л)

3.3. Анализ суточной мочи на метанефрины и норметанефрины

метанефрин 230 мкг/сутки (норма<320 мкг/сутки), норметанефрин 310 мкг/сутки (норма <390 мкг/сутки)

3.4. Посев крови

Рост флоры не выявлен

3.5. Кальцитонин сыворотки крови

кальцитонин 4 пг/мл (норма <10 пг/мл)

	3.6. Посев отделяемого верхних дыхательных путей на микрофлору Рост патогенной флоры не выявлен **Вопрос №2** Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования: А: ультразвуковое исследование щитовидной железы Б: сцинтиграфия щитовидной железы В: рентгенография пищевода с контрастированием барием Г: МРТ области шеи Д: эхокардиография **5. Результаты инструментальных методов обследования** **5.1. Ультразвуковое исследование щитовидной железы** Щитовидная железа расположена обычно. Объем правой доли 16 мл, объем левой доли 18 мл, «облаковидные» зоны пониженной эхогенности в обеих долях. Кровоток не изменен. Регионарные лимфоузлы лоцируются, единичные увеличены до 1 см, с сохраненной эхоструктурой. **5.2. Сцинтиграфия щитовидной железы** Резкое снижение захвата 99mTc-пертехнетата **5.3. Рентгенография пищевода с контрастированием барием** Сужений или деформаций просвета пищевода не выявлено, депо бария в пределах контура органа **5.4. МРТ области шеи** На Т1-взвешенных снимках определяется увеличенная в объемах щитовидная железа **5.5. Эхокардиография** Размеры камер сердца, толщина миокарда, локальная и глобальная сократимость миокарда желудочков в норме. ФВ 60%. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ не выявлена. Корень аорты и ее восходящий отдел нормальных размеров. Стенки аорты не уплотнены. Клапанный аппарат: МК: створки тонкие, движутся дискордантно, АоК: створки тонкие, раскрыты в систолу 1,9 см (норма). Признаков легочной гипертензии нет (23 мм рт ст). Листки перикарда не уплотнены. **Вопрос №3** Какой предполагаемый основной диагноз?: А: Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза Б: Диффузный токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз В: Острый тиреоидит. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз Г: Аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз **7. Диагноз** Диагноз:	

	7.1. Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза **7.2. Диффузный токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз** **7.3. Острый тиреоидит. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз** **7.4. Аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз** **Вопрос №4** Тест Крайля заключается в: А: уменьшении болезненности в области шеи и снижении СОЭ через 24-72 часа при назначении 20-30 мг преднизолона Б: компенсации тиреотоксикоза при назначении тиамазола в дозе 30 мг через 24-72 часа В: снижении до нормальных значений свободного Т3 через 24-72 часа при назначении анаприлина в дозе 120 мг Г: уменьшении болезненности и снижении СОЭ через 24-72 часа при назначении осельтамивира в дозе 150 мг в сутки **Вопрос №5** Пациентке необходимо назначить : А: преднизолон 30 мг в сутки Б: осельтамивир в дозе 150 мг в сутки В: амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки Г: метилпреднизолон в режиме пульс терапии **Вопрос №6** Критерием для снижения дозы преднизолона служит : А: уменьшение (исчезновение) болей в щитовидной железе, нормализация СОЭ Б: нормальный захват 99mTc-пертехнетата при сцинтиграфии щитовидной железы В: исчезновение «облаковидных» зон в ткани щитовидной железы при УЗИ Г: снижение абсолютного количества лимфоцитов и появление лейкоцитоза в клиническом анализе крови **Вопрос №7** Учитывая наличие тиреотоксикоза, пациентке необходимо назначить: А: анаприлин Б: тиамазол В: пропилтиоурацил Г: раствор Люголя **Вопрос №8** Лечение преднизолоном проводят в течение _____ месяцев: А: 2-3 Б: 12-18 В: 6-8	

	Г: 24-36 **Вопрос №9** При снижении дозы преднизолона к лечению можно добавить : А: напроксен Б: ацетилсалициловую кислоту В: физиотерапевтические процедуры Г: карбонат лития **Вопрос №10** Через 2-4 месяца от начала заболевания развивается _____ стадия: А: гипотиреоидная Б: хроническая В: латентная Г: гипертиреоидная **Вопрос №11** В большинстве случаев подострый тиреоидит заканчивается : А: выздоровлением Б: развитием стойкого гипотиреоза В: развитием многоузлового зоба Г: развитием многоузлового токсического зоба **Вопрос №12** В большинстве случаев гипотиреоидная фаза подострого тиреоидита : А: не требует назначения левотироксина Б: является показанием для назначения йодида калия В: является показанием для назначения левотироксина Г: является показанием для назначения тиреолиберина **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Обучите самоконтролю гликемии и технике выполнения подкожных инъекций пациента с сахарным диабетом 2 типа	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 11

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Мужчина 24 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На немотивированную слабость, утомляемость, эпизоды боли при мочеиспускании. **1.3. Анамнез заболевания** Обозначенные жалобы беспокоят в течение последнего года. Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент правой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 175 см, масса тела – 73 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется). Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется).

	Вопрос №1 Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня: А: паратгормона Б: кальцитонина В: прокальцитонина Г: тиреотропного гормона **3. Результаты обследования** **3.1. Паратгормон** Паратгормон 125.3 (15.0 – 65.0) пг/мл **3.2. Кальцитонин** Кальцитонин 5.1 (0.0 – 9.5) пг/мл **3.3. Прокальцитонин** Прокальцитонин 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.4. Тиреотропный гормон** Тиреотропный гормон 2.2 (0.4 – 4.0) мМЕ/л **Вопрос №2** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №3** Предпочтительным первым этапом визуализации при первичном гиперпаратиреозе является: А: ультразвуковое исследование околощитовидных желез Б: ультразвуковое исследование щитовидной железы В: МРТ шеи с контрастным усилением Г: ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой **Вопрос №4** При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 3 желез. С учетом клинико-анамнестических данных, у пациента целесообразно исследование в крови уровня: А: пролактина Б: кортизола утром В: АКТГ утром Г: кальцитонина **7. Результаты обследования**	Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	7.1. Пролактин Пролактин 1798.5 (63.6 – 305.3) мкМЕ/мл **7.2. Кортизол утром** Кортизол 451.2 (171.0 – 536.0) нмоль/л **7.3. АКТГ утром** АКТГ 15.2 (3.0 – 46.0) пг/мл **7.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №5** Гиперпролактинемия была подтверждена при контрольном определении. При выполнении МРТ головного мозга была выявлена макроаденома гипофиза. У пациента следует подозревать: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **9. Диагноз** Диагноз: **9.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1** **9.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2** **9.3. Комплекс Карни** **9.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №6** Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене: А: MEN1 Б: RET В: CDKN1B Г: VHL **11. Результаты обследования** **11.1. MEN1** Мутация положительна **11.2. RET** Мутаций не выявлено **11.3. CDKN1B** Мутаций не выявлено **11.4. VHL**	

	Мутаций не выявлено **Вопрос №7** Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в: А: первичном хирургическом лечении Б: динамическом наблюдении В: хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома Г: назначении цинакальцета **Вопрос №8** Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме: А: субтотальная паратиреодэктомия Б: удаление всех визуально измененных околощитовидных желез В: удаление самой крупной околощитовидной железы Г: удаление 2 из 4 околощитовидных желез **Вопрос №9** Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное: А: определение уровня паратгормона Б: назначение цинакальцета В: мониторирование ЭКГ Г: введение глюконата кальция **Вопрос №10** Методом выбора при лечении пролактиномы у пациента является: А: назначение каберголина Б: транссфеноидальная аденомэктомия В: назначение темозоломида Г: лучевая терапия **Вопрос №11** Распространенность первичного гиперпаратиреоза среди пациентов с синдромом МЭН1 составляет ____ %: А: 95 Б: 75 В: 55 Г: 35 **Вопрос №12** При синдроме МЭН1 происходит: А: инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли Б: активирующая мутация в протоонкогене В: активирующая мутация в гене супрессоре опухоли	

	Г: инактивирующая мутация в протоонкогене **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Обучите самоконтролю гликемии и технике выполнения подкожных инъекций пациента с сахарным диабетом 1 типа	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 12

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Мужчина 27 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На немотивированную слабость, утомляемость, потливость. **1.3. Анамнез заболевания** Обозначенные жалобы в течение последнего года. Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент левой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.75 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Креатинин 73 мкмоль/л. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 77 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Обращает на себя утолщение пальцев рук (со слов, больше не может надеть обручальное кольцо). Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	Вопрос №1 Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня: А: паратгормона Б: кальцитонина В: прокальцитонина Г: тиреотропного гормона **3. Результаты обследования** **3.1. Паратгормон** Паратгормон – 79.2 (15.0 – 65.0) пг/мл **3.2. Кальцитонин** Кальцитонин – 5.1 (0.0 – 9.5) пг/мл **3.3. Прокальцитонин** Прокальцитонин – 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.4. Тиреотропный гормон** Тиреотропный гормон – 2.2 (0.4 – 4.0) мМЕ/л **Вопрос №2** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №3** При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. С учетом клинико-анамнестических данных, у пациента целесообразно исследование уровня в крови: А: инсулиноподобного фактора роста-1 Б: кортизола утром В: АКТГ утром Г: кальцитонина **6. Результаты обследования** **6.1. Инсулиноподобный фактор роста-1** Инсулиноподобный фактор роста-1 599.5 (107-367) нг/мл **6.2. Кортизол утром** Кортизол 451.2 (171.0 – 536.0) нмоль/л **6.3. АКТГ утром** АКТГ 15.2 (3.0 – 46.0) пг/мл	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	6.4. Кальцитонин Кальцитонин – 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №4** Уровень гормона роста в ОГТТ во всех точках более 1.0 нг/мл. При выполнении МРТ головного мозга была выявлена макроаденома гипофиза. Пациент подозрителен в отношении: А: Синдрома множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдрома множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекса Карни Г: Синдрома Вольфрама **8. Диагноз** Диагноз: **8.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1** **8.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2** **8.3. Комплекс Карни** **8.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №5** Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене: А: _MEN1_ Б: _RET_ В: _CDKN1B_ Г: _VHL_ **10. Результаты обследования** **10.1. MEN1** Мутация положительна **10.2. RET** Мутаций не выявлено **10.3. CDKN1B** Мутаций не выявлено **10.4. VHL** Мутаций не выявлено **Вопрос №6** Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в: А: первичном хирургическом лечении Б: динамическом наблюдении В: хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома Г: назначении цинакальцета	

	Вопрос №7 Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме: А: субтотальной паратиреодэктомии Б: удаления всех визуально измененных околощитовидных желез В: удаления самой крупной околощитовидной железы Г: удаления 2 из 4 околощитовидных желез **Вопрос №8** Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное: А: определение уровня паратгормона Б: назначение цинакальцета В: мониторирование ЭКГ Г: введение глюконата кальция **Вопрос №9** Методом выбора при лечении соматотропиномы у пациента является: А: транссфеноидальная аденомэктомия Б: назначение тиамазола В: назначение темозоломида Г: лучевая терапия **Вопрос №10** При рецидиве акромегалии после хирургического лечения возможно назначение: А: аналогов соматостатина Б: антагонистов соматостатина В: деносумаба Г: тиамазола **Вопрос №11** Распространенность первичного гиперпаратиреоза среди пациентов с синдромом множественной эндокринной неоплазии тип 1 составляет ____ %: А: 95 Б: 75 В: 55 Г: 35 **Вопрос №12** При синдроме МЭН1 происходит: А: инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли Б: активирующая мутация в протоонкогене В: активирующая мутация в гене супрессоре опухоли Г: инактивирующая мутация в протоонкогене	

	2. Демонстрация практических навыков. а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при анафилактическом шоке	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 13

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Женщина 25 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На немотивированную слабость, утомляемость, задержки менструаций до нескольких месяцев . **1.3. Анамнез заболевания** Обозначенные жалобы в течение последних 2 лет. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Была выявлена гиперпролактинемия до 2556 (до 500) мкМЕ/мл, показатели ФСГ – 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста 8 месяцев назад. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 61 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 63 в минуту, АД – 127/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым для подтверждения диагноза гиперпролактинемии лабораторным методом исследования является: А: повторное определение уровня пролактина Б: проба с инсулиновой гипогликемией В: определение альфа-субъединицы Г: определение тиреотропного гормона **3. Результаты обследования** **3.1. Повторное определение уровня пролактина** Пролактин 1498.5 (63.6 – 505.3) мкМЕ/мл **3.2. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол крови – 685 нмоль/л **3.3. Определение альфа-субъединицы** Альфа-субъединица – 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.4. Определение тиреотропного гормона** Тиреотропный гормон – 2.2 (0.4 – 4.0) мМЕ/л **Вопрос №2** Для установления генеза гиперпролактинемии у пациентки следует выполнить: А: МРТ головного мозга с контрастированием Б: УЗИ щитовидной железы В: определение уровня инсулиноподобного фактора роста-1 Г: определение уровня кортизола в суточной моче **5. Результаты обследования** **5.1. МРТ головного мозга с контрастированием** Определяется интраселлярно расположенная макроаденома гипофиза 12х13 мм без признаков компрессии хиазмы. **5.2. УЗИ щитовидной железы** Структурные изменения щитовидной железы не выявлены **5.3. Определение уровня инсулиноподобного фактора роста-1** 238 (208-444) нг/мл **5.4. Определение уровня кортизола в суточной моче** 351 (208-544) нмоль/л	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	Вопрос №3 С учетом клинико-анамнестических данных, у пациентки целесообразно исследование уровня: А: общего кальция и паратгормона Б: общего трийодтиронина В: антител к рТТГ Г: кальцитонина **7. Результаты обследования** **7.1. Общий кальций и паратгормон** Общий кальций - 2.91 (до 2.55) ммоль/л Паратгормон – 77 (25-65) пг/мл **7.2. Общий трийодтиронин** Общий трийодтиронин 7.2 (0.3 – 13.0) нмоль/л **7.3. Антитела к рТТГ** Антитела к рТТГ 0.3 (до 1) мМЕ/л **7.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №4** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №5** Предпочтительным первым этапом визуализации при первичном гиперпаратиреозе является: А: УЗИ околощитовидных желез Б: УЗИ щитовидной железы В: МРТ с контрастным усилением Г: ПЭТ/КТ с фтордезоксиглюкозой **Вопрос №6** У пациентки следует подозревать: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **11. Диагноз** Диагноз:	

	11.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 **11.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2** **11.3. Комплекс Карни** **11.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №7** Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене: А: _MEN1_ Б: _RET_ В: _CDKN1B_ Г: _VHL_ **13. Результаты обследования** **13.1. MEN1** Мутация положительна **13.2. RET** Мутаций не выявлено **13.3. CDKN1B** Мутаций не выявлено **13.4. VHL** Мутаций не выявлено **Вопрос №8** Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациентки должна заключаться в: А: первичном хирургическом лечении Б: динамическом наблюдении В: хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома Г: назначении цинакальцета **Вопрос №9** Объем хирургического лечения по поводу первичного гиперпаратиреоза у пациентки должен составлять: А: субтотальная паратиреодэктомия Б: удаление всех визуально измененных околощитовидных желез В: удаление самой крупной околощитовидной железы Г: удаление 2 из 4 паращитовидных желез **Вопрос №10** Методом выбора при лечении пролактиномы у пациентки является: А: назначение каберголина Б: транссфеноиадальная аденомэктомия	

	В: назначение темозолоамида Г: лучевая терапия **Вопрос №11** Классическим компонентом синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1 является: А: опухоль клеток островков Ларгенганса Б: медуллярный рак щитовидной железы В: незидиобластоз Г: ганглионевромы **Вопрос №12** При синдроме МЭН1 происходит: А: инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли Б: активирующая мутация в протоонкогене В: активирующая мутация в гене супрессоре опухоли Г: инактивирующая мутация в протоонкогене **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гипогликемии.	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 14

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Женщина 28 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На немотивированную слабость, утомляемость, задержки менструаций до нескольких месяцев, головную боль, потливость, храп. **1.3. Анамнез заболевания** Обозначенные жалобы в течение последних 2 лет. Обследовалась у терапевта и гинеколога по месту жительства. При обследовании пролактин до 556 (до 500) мкМЕ/мл, ИФР-1 759 (до 238) нг/мл, ФСГ – 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста год назад. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 81 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Обращает на себя утолщение пальцев рук (со слов, больше не может надеть обручальное кольцо). Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 63 в минуту, АД – 127/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Выявление высокого уровня ИРФ-1 у пациентки требует определения: А: уровня гормона роста в оральном глюкозотолерантном тесте Б: концентрации альфа-субъединицы В: базального уровня гормона роста натощак в лежачем положении Г: уровня кортизола в суточной моче **3. Результаты обследования** **3.1. Уровень гормона роста в оральном глюкозотолерантном тесте** 0 минута – 5.4 нг/мл, 30 минута – 4.3 нг/мл, 60 минута – 3.3 нг/мл, 90 минута – 3.1 нг/мл, 120 минута – 4.8 нг/мл. **3.2. Концентрация альфа-субъединицы** Альфа-субъединица – 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.3. Базальный уровень гормона роста натощак в лежачем положении** Гормон роста 7.7 (до 10.4) нг/мл **3.4. Уровень кортизола в суточной моче** Кортизол 351 (208-544) нмоль/л **Вопрос №2** Результаты определения гормона роста в ОГТТ следует трактовать как: А: отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста Б: недостаток гормона роста В: адекватную супрессию уровня гормона роста Г: адекватную стимуляцию уровня гормона роста **Вопрос №3** Необходимым методом обследования для уточнения генеза гиперпролактинемии и гиперпродукции гормона роста у пациентки является: А: МРТ головного мозга с контрастированием Б: УЗИ щитовидной железы В: повторное определение уровня ФСГ Г: определение уровня кортизола в суточной моче **6. Результаты обследования** **6.1. МРТ головного мозга с контрастированием** Определяется интраселлярно расположенная макроаденома гипофиза 22х14 мм без признаков компрессии хиазмы. **6.2. УЗИ щитовидной железы**	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	Диффузное увеличение щитовидной железы, общий объем 19.5 см3 **6.3. Повторное определение уровня ФСГ** ФСГ 5.4 (2.1-12.5) мМЕ/л **6.4. Определение уровня кортизола в суточной моче** Кортизол 351 (208-544) нмоль/сут **Вопрос №4** С учетом клинико-анамнестических данных, у пациентки целесообразно исследование уровня: А: общего кальция и паратгормона Б: общего трийодтиронина В: антител к рТТГ Г: кальцитонина **8. Результаты обследования** **8.1. Общий кальций и паратгормон** Общий кальций - 2.71 (до 2.55) ммоль/л Паратгормон – 79 (25-65) пг/мл **8.2. Общий трийодтиронин** Общий трийодтиронин 7.2 (0.3 – 13.0) нмоль/л **8.3. Антитела к рТТГ** Антитела к рТТГ 0.3 (до 1) мМЕ/л **8.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №5** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №6** У пациентки следует подозревать: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **11. Диагноз** Диагноз: **11.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1**	

11.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2
11.3. Комплекс Карни
11.4. Синдром Вольфрама
Вопрос №7 Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене:
А: _MEN1_
Б: _RET_
В: _CDKN1B_
Г: _VHL_
13. Результаты обследования
13.1. MEN1
Мутация положительна
13.2. RET
Мутаций не выявлено
13.3. CDKN1B
Мутаций не выявлено
13.4. VHL
Мутаций не выявлено
Вопрос №8 Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациентки должна заключаться в:
А: первичном хирургическом лечении
Б: динамическом наблюдении
В: хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома
Г: назначении цинакальцета
Вопрос №9 Методом выбора при лечении соматотропиномы у пациентки является:
А: транссфеноидальная аденомэктомия
Б: назначение тиамазола
В: назначение темозоломида
Г: лучевая терапия
Вопрос №10 При рецидиве акромегалии после хирургического лечения возможно назначение:
А: аналогов соматостатина
Б: антагонистов соматостатина
В: деносумаба
Г: тиамазола

	Вопрос №11 Классическим компонентом синдрома множественных эндокринных неоплазий тип 1 является: А: опухоль клеток островков Ларгенганса Б: медуллярный рак щитовидной железы В: незидиобластоз Г: ганглионевромы **Вопрос №12** При синдроме МЭН1 происходит: А: инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли Б: активирующая мутация в протоонкогене В: активирующая мутация в гене супрессоре опухоли Г: инактивирующая мутация в протоонкогене **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гипергликемии	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет №15

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Мужчина 20 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На немотивированную слабость, снижение либидо, эректильную дисфункцию, изжогу, увеличение массы тела на 4 кг. **1.3. Анамнез заболевания** Обозначенные жалобы в течение последнего года. Обследовался у терапевта и уролога по месту жительства. Выявлено снижение общего тестостерона до 6.3 нмоль/л, ФСГ – 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл, пролактин 999.5 мкМЕ/мл. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу первичного гиперпаратиреоза. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 175 см, масса тела – 84 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 14 в минуту. Тоны сердца	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 125/72 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым для подтверждения диагноза гиперпролактинемии лабораторным методом исследования является: А: повторное определение уровня пролактина Б: проба с инсулиновой гипогликемией В: определение альфа-субъединицы Г: определение тиреотропного гормона **3. Результаты лабораторного метода обследования** **3.1. Повторное определение уровня пролактина** 1498.5 (63.6 – 505.3) мкМЕ/мл **3.2. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол крови – 685 нмоль/л **3.3. Определение альфа-субъединицы** Альфа-субъединица – 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.4. Определение тиреотропного гормона** Тиреотропный гормон – 2.2 (0.4 – 4.0) мМЕ/л **Вопрос №2** Для установления генеза гиперпролактинемии у пациента следует выполнить: А: МРТ головного мозга с контрастированием Б: УЗИ щитовидной железы В: определение уровня инсулиноподобного фактора роста-1 Г: определение уровня кортизола в суточной моче **5. Результаты обследования** **5.1. МРТ головного мозга с контрастированием** Определяется интраселлярно расположенная макроаденома гипофиза 12х14 мм без признаков компрессии хиазмы. **5.2. УЗИ щитовидной железы** Структурные изменения щитовидной железы не выявлены **5.3. Определение уровня инсулиноподобного фактора роста-1** Инсулиноподобный фактор роста- 1 238 (208-444) нг/мл **5.4. Определение уровня кортизола в суточной моче** Кортизол в суточной моче 351 (208-544) нмоль/сут **Вопрос №3** С учетом клинико-анамнестических данных, у пациента целесообразно исследование уровня в крови:	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	А: общего кальция и паратгормона Б: макропролактина В: АКТГ утром Г: кальцитонина **7. Результаты обследования** **7.1. Общий кальций и паратгормон** Общий кальций 2.91 (до 2.55) ммоль/л Паратгормон 77 (25-65) пг/мл **7.2. Макропролактин** Макропролактин 451,1 (72-229) мкМЕ/мл **7.3. АКТГ утром** АКТГ 15.2 (3.0 – 46.0) пг/мл **7.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №4** Гиперкальциемия была подтверждена повторным исследованием. Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №5** Предпочтительным первым этапом визуализации при первичном гиперпаратиреозе является: А: УЗИ околощитовидных желез Б: УЗИ щитовидной железы В: МРТ шеи с контрастным усилением Г: ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой **Вопрос №6** У пациента следует подозревать: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **11. Диагноз** Диагноз: **11.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1**	

11.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2
11.3. Комплекс Карни
11.4. Синдром Вольфрама
Вопрос №7 Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене:
А: _MEN1_
Б: _RET_
В: _CDKN1B_
Г: _VHL_
13. Результаты обследования
13.1. MEN1
Мутация положительна
13.2. RET
Мутаций не выявлено
13.3. CDKN1B
Мутаций не выявлено
13.4. VHL
Мутаций не выявлено
Вопрос №8 Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в:
А: первичном хирургическом лечении
Б: динамическом наблюдении
В: хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома
Г: назначении цинакальцета
Вопрос №9 Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме:
А: субтотальной паратиреодэктомии
Б: удаления всех визуально измененных околощитовидных желез
В: удаления самой крупной околощитовидной железы
Г: удаления 2 из 4 околощитовидных желез
Вопрос №10 Для коррекции эректильной дисфункци и снижения либидо у пациента первоначально необходимо:
А: устранить гиперпролактинемию
Б: назначение препаратов тестостерона
В: назначение силденафила

	Г: проведение поведенческой терапии **Вопрос №11** Методом выбора при лечении пролактиномы у пациента является: А: назначение каберголина Б: транссфеноиадальная аденомэктомия В: назначение темозолоамида Г: лучевая терапия **Вопрос №12** Классическим компонентом синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1 является: А: опухоль клеток островков Ларгенганса Б: медуллярный рак щитовидной железы В: незидиобластоз Г: ганглионевромы **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гипотиреоидной коме.	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 16

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Женщина 30 лет был направлена на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На немотивированную слабость, утомляемость, задержки менструального цикла до нескольких месяцев, постоянную головную боль, потливость, храп, дневную сонливость. **1.3. Анамнез заболевания** В течение 5 лет пациентка наблюдалась у эндокринолога по месту жительства по поводу многоузлового нетоксического зоба. При прохождении диспансеризации терапевт отметил увеличение надбровных дуг, носа и нижней челюсти и рекомендовал контроль уровня ИФР-1. Показатель составил 759 (до 238) нг/мл. Уровень пролактина 556 (до 500) мкМЕ/мл, ФСГ 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл, ТТГ 3.4 мМЕ/л. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста год назад. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус**	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 84 кг. Кожные покровы телесного цвета, отмечается утолщение, гипергидроз, стрий нет. Отеки не определяются. Обращает на себя утолщение пальцев рук (со слов, больше не может надеть обручальное кольцо). Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная железа диффузно увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 135/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым лабораторным методом исследования в связи с высоким уровнем ИРФ-1 у пациентки является определение: А: уровня гормона роста с применением орального глюкозотолерантного теста Б: концентрации альфа-субъединицы В: базального уровня гормона роста натощак в лежачем положении Г: уровня кортизола в суточной моче **3. Результаты лабораторного метода обследования** **3.1. Уровень гормона роста с применением орального глюкозотолерантного теста** 0 минута – 5.4 нг/мл, 30 минута – 4.3 нг/мл, 60 минута – 3.3 нг/мл, 90 минута – 3.1 нг/мл, 120 минута – 4.8 нг/мл. **3.2. Концентрация альфа-субъединицы** Альфа-субъединица 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.3. Базальный уровень гормона роста натощак в лежачем положении** Гормон роста 7.7 (до 10.4) нг/мл **3.4. Уровень кортизола в суточной моче** Кортизол в моче 351 (208-544) нмоль/сут **Вопрос №2** Результаты определения гормона роста с применением ОГТТ следует трактовать как: А: отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста Б: недостаток гормона роста В: адекватную супрессию уровня гормона роста Г: адекватную стимуляцию уровня гормона роста **Вопрос №3** Необходимым для уточнения генеза гиперпролактинемии и гиперпродукции гормона роста методом исследования является: А: МРТ головного мозга с контрастированием Б: УЗИ щитовидной железы	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	В: повторное определение уровня ФСГ Г: определение уровня кортизола в суточной моче **6. Результаты обследования** **6.1. МРТ головного мозга с контрастированием** Определяется интраселлярно расположенная макроаденома гипофиза 21х12 мм без признаков компрессии хиазмы. **6.2. УЗИ щитовидной железы** Диффузное увеличение щитовидной железы, общий объем 24.6 см3 **6.3. Повторное определение уровня ФСГ** ФСГ 5.4 (2.1-12.5) мМЕ/л **6.4. Определение уровня кортизола в суточной моче** Кортизол в моче 351 (208-544) нмоль/сут **Вопрос №4** Принимая во внимание выявление макроаденомы гипофиза у пациентки, необходимо исследование уровня: А: кортизола крови утром Б: инсулина крови В: адреналина в суточной моче Г: кальцитонина **8. Результаты обследования** **8.1. Кортизол крови утром** Кортизол крови 451 (171.0 – 536.0) нмоль/л **8.2. Инсулин крови** Инсулин 45.1 (71.0 – 56.0) пг/мл **8.3. Адреналин в суточной моче** Адреналин 0.5 (0.0 – 4.0) пг/мл **8.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №5** С учетом клинико-анамнестических данных, у пациентки целесообразно исследование уровня: А: общего кальция и паратгормона Б: общего трийодтиронина В: антител к рецептору тиреотропного гормона Г: кальцитонина **10. Результаты обследования**	

	10.1. Общий кальций и паратгормон Общий кальций 2.71 (до 2.55) ммоль/л Паратгормон 79 (25-65) пг/мл **10.2. Общий трийодтиронин** Общий трийодтиронин 7.2 (0.3 – 13.0) нмоль/л **10.3. Антитела к рецептору тиреотропного гормона** Антитела к рецептору тиреотропного гормона 0.3 (до 1) мМЕ/л **10.4. Кальцитонин** Кальцитонин – 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №6** Наиболее информативным методом топической диагностики при первичном гиперпаратиреозе является: А: сцинтиграфия с технетрилом Б: магнитно-резонансная томография В: ультразвуковое исследование Г: тонкоигольная аспирационная биопсия **Вопрос №7** Диагнозом, который можно поставить пациентке на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, является: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **13. Диагноз** Диагноз: **13.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1** **13.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2** **13.3. Комплекс Карни** **13.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №8** В соответствии с консенсусными критериями активности акромегалии, у пациентки наблюдается _____ стадия: А: активная Б: неактивная В: субклиническая Г: прогрессирующая	

	Вопрос №9 Важным условием для проведения селективной паратиреоидэктомии у пациентки является возможность интраоперационного экспресс-определения уровня _____ крови: А: паратгормона Б: ионизированного кальция В: общего кальция Г: кальцитонина **Вопрос №10** Методом выбора при лечении соматотропиномы у пациентки является: А: транссфеноидальная аденомэктомия Б: назначение тиамазола В: назначение темозоломида Г: лучевая терапия **Вопрос №11** При рецидиве акромегалии после хирургического лечения возможно назначение: А: аналогов соматостатина Б: антагонистов соматостатина В: деносумаба Г: тиамазола **Вопрос №12** Наиболее точным критерием постановки диагноза МЭН1 является: А: генетический Б: семейный В: клинический Г: фенотипический **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гиперосмолярной некетоацидотической коме	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 17

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Женщина 30 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На мышечную слабость, утомляемость, задержки менструального цикла до нескольких месяцев, увеличение массы тела на 10 кг в течение 3 месяцев. **1.3. Анамнез заболевания** Обратилась к терапевту по месту жительства. При сдаче клинического минимума была выявлена гипергликемия натощак до 6.4 ммоль/л. На основании осмотра терапевт заподозрил гиперкортицизм и рекомендовал исследование крови на кортизол с последующей консультацией эндокринолога. Показатель натощак утром – 960 (138-635) нмоль/л. Прием препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, категорически отрицает. Также при обследовании было выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста два года назад. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Отмечается избыточное накопление подкожной жировой клетчатки в области живота, груди, спины и лица. Рост – 179 см, масса тела – 99 кг. ИМТ = 30,9 кг/м2. Кожные покровы телесного цвета, определяются багровые растяжки шириной более 1 см на передней поверхности живота. Отеки не определяются. Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 135/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым для уточнения наличия гиперкортицизма лабораторным методом исследования является определение в крови: А: кортизола в ходе ночного подавляющего теста (НПТ) Б: кортизола повторно утром В: АКТГ утром Г: кортизола в пробе с инсулиновой гипогликемией **3. Результаты лабораторного метода обследования** **3.1. Кортизол в ходе ночного подавляющего теста (НПТ)** Кортизол в ходе НПТ с 1 мг дексаметазона 256 нмоль/л **3.2. Кортизол повторно утром** Кортизол крови 670 (138-635) нмоль/л **3.3. АКТГ утром** АКТГ 33.7 (0 – 46) пг/мл **3.4. Кортизол в пробе с инсулиновой гипогликемией** Кортизол 985 нмоль/л **Вопрос №2** Результат определения кортизола в ходе НПТ с 1 мг дексаметазона следует трактовать как: А: эндогенный гиперкортицизм Б: экзогенный гиперкортицизм В: АКТГ-зависимый гиперкортицизм Г: АКТГ-независимый гиперкортицизм **5. Кортизол слюны в 23:00** При определении кортизола слюны в 23:00 показатель составил 21.5 нмоль/л.	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	Вопрос №3 Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня: А: АКТГ Б: кальцитонина В: 17-кетостероидов в суточной моче Г: ИФР-1 **7. Результаты лабораторного метода обследования** **7.1. АКТГ** АКТГ 55.7 (0 – 46) пг/мл **7.2. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **7.3. 17-кетостероидов в суточной моче** 17-кетостероиды в моче 759.4 (123.1-765.5) нмоль/л **7.4. ИФР-1** 238 (208-444) нг/мл **Вопрос №4** С учетом выявленного увеличения уровня АКТГ следующий этап диагностики заключается в выполнении: А: МРТ головного мозга с контрастированием Б: МРТ надпочечников с контрастированием В: пробы с 8 мг дексаметазона Г: пробы с инсулиновой гипогликемией **9. Результаты обследования** **9.1. МРТ головного мозга с контрастированием** Определяется интраселлярно расположенная макроаденома гипофиза 14х13 мм без признаков компрессии хиазмы. **9.2. МРТ надпочечников с контрастированием** Убедительные данные за структурные изменения надпочечников отсутствуют **9.3. Проба с 8 мг дексаметазона** Кортизол крови в ходе пробы 88 нмоль/л **9.4. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол в ходе пробы 688 нмоль/л **Вопрос №5** Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня: А: паратгормона	

	Б: прокальцитонина В: антител к рецептору тиреотропного гормона Г: кальцитонина **11. Результаты лабораторного метода обследования** **11.1. Паратгормон** Паратгормон 125.3 (15.0 – 65.0) пг/мл **11.2. Прокальцитонин** Прокальцитонин 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **11.3. Антитела к рецептору тиреотропного гормона** Антитела к рецептору тиреотропного гормона 0.3 (до 1) мМЕ/л **11.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №6** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №7** С учетом клинико-анамнестических данных у пациентки следует подозревать: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **14. Диагноз** Диагноз: **14.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1** **14.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2** **14.3. Комплекс Карни** **14.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №8** Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене: А: _MEN1_ Б: _RET_ В: _CDKN1B_ Г: _VHL_ **16. Результаты обследования**	

	16.1. MEN1 Мутация положительна **16.2. RET** Мутаций не выявлено **16.3. CDKN1B** Мутаций не выявлено **16.4. VHL** Мутаций не выявлено **Вопрос №9** Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациентки должна заключаться в: А: первичном хирургическом лечении Б: динамическом наблюдении В: хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома Г: назначении цинакальцета **Вопрос №10** Методом выбора лечения АКТГ-зависимого гиперкортицизма у пациентки является: А: транссфеноидальная аденомэктомия Б: назначение каберголина В: назначение темозоломида Г: лучевая терапия **Вопрос №11** При рецидиве кортикотропиномы после хирургического лечения возможно назначение: А: аналогов соматостатина Б: антагонистов соматостатина В: деносумаба Г: цинакальцета **Вопрос №12** При синдроме МЭН1 происходит: А: инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли Б: активирующая мутация в протоонкогене В: активирующая мутация в гене супрессоре опухоли Г: инактивирующая мутация в протоонкогене **<u>2. Демонстрация практических навыков.</u>** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1.	

	б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при острой гипокальцемии	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 18

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Мужчина 30 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На мышечную слабость, утомляемость, снижение либидо, увеличение массы тела на 10 кг в течение 3 месяцев. **1.3. Анамнез заболевания** Обратился к урологу по месту жительства. При обследовании выявлено снижение уровня тестостерона до 6.5 нмоль/л, был рекомендован прием препаратов тестостерона, от которых пациент воздержался. При прохождении диспансеризации была выявлена гипергликемия натощак до 6.4 ммоль/л. На основании осмотра терапевт заподозрил гиперкортицизм и рекомендовал исследование крови на кортизол с последующей консультацией эндокринолога. Показатель натощак утром – 757 (138-635) нмоль/л. Прием препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, категорически отрицает. Также при обследовании было выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Перенес перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста два года назад. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Отмечается избыточное накопление подкожной жировой клетчатки в области живота, груди, спины и лица. Рост – 179 см, масса тела – 105 кг. ИМТ = 32.9 кг/м2. Кожные покровы телесного цвета, определяются багровые растяжки шире 1 см на передней поверхности живота. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 145/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым для уточнения наличия гиперкортицизма лабораторным методом исследования является определение в крови: А: кортизола в ходе ночного подавляющего теста (НПТ) Б: кортизола повторно утром В: АКТГ утром Г: кортизола в пробе с инсулиновой гипогликемией **3. Результаты лабораторного метода обследования** **3.1. Кортизол в ходе ночного подавляющего теста (НПТ)** Кортизол в ходе НПТ с 1 мг дексаметазона 256 нмоль/л **3.2. Кортизол повторно утром** Кортизол крови 670 (138-635) нмоль/л **3.3. АКТГ утром** АКТГ 33.7 (0 – 46) пг/мл **3.4. Кортизол в пробе с инсулиновой гипогликемией** Кортизол 985 нмоль/л **4. Дополнительные данные** При дальнейшем обследовании уровень кортизола слюны в 23:00 составил 21.5 нмоль/л. **Вопрос №2** Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня: А: АКТГ Б: кальцитонина В: 17-кетостероидов в суточной моче Г: ИФР-1 **6. Результаты определения уровня**	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	6.1. АКТГ АКТГ 55.7 (0 – 46) пг/мл **6.2. Кальцитонина** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **6.3. 17-кетостероидов в суточной моче** 17-кетостероиды в моче 759.4 (123.1-765.5) нмоль/л **6.4. ИФР-1** 238 (208-444) нг/мл **Вопрос №3** С учетом выявленного увеличения уровня АКТГ следующий этап диагностики заключается в выполнении: А: МРТ головного мозга с контрастированием Б: МРТ надпочечников с контрастированием В: пробы с 8 мг дексаметазона Г: пробы с инсулиновой гипогликемией **8. Результаты обследования** **8.1. МРТ головного мозга с контрастированием** Определяется интраселлярно расположенная макроаденома гипофиза 14х13 мм без признаков компрессии хиазмы. **8.2. МРТ надпочечников с контрастированием** Убедительные данные за структурные изменения надпочечников отсутствуют **8.3. Проба с 8 мг дексаметазона** Кортизол крови в ходе пробы 88 нмоль/л **8.4. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол в ходе пробы 688 нмоль/л **Вопрос №4** Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня: А: паратгормона Б: прокальцитонина В: антител к рецептору тиреотропного гормона Г: кальцитонина **10. Результаты лабораторного метода обследования** **10.1. Паратгормон** Паратгормон 125.3 (15.0 – 65.0) пг/мл **10.2. Прокальцитонин**	

	Прокальцитонин 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **10.3. Антитела к рецептору тиреотропного гормона** Антитела к рецептору тиреотропного гормона 0.3 (до 1) мМЕ/л **10.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №5** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №6** С учетом клинико-анамнестических данных у пациентки следует подозревать: А: Синдром множественной эндокринной неоплазии тип 1 Б: Синдром множественной эндокринной неоплазии тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **13. Диагноз** Диагноз: **13.1. Синдром множественной эндокринной неоплазии тип 1** **13.2. Синдром множественной эндокринной неоплазии тип 2** **13.3. Комплекс Карни** **13.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №7** Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене: А: _MEN1_ Б: _RET_ В: _CDKN1B_ Г: _VHL_ **15. Результаты обследования** **15.1. MEN1** Мутация положительна **15.2. RET** Мутаций не выявлено **15.3. CDKN1B** Мутаций не выявлено **15.4. VHL**	

	Мутаций не выявлено **Вопрос №8** Для оценки радикальности проведения хирургического лечения при первичном гиперпаратиреозе рекомендуется интраоперационное определение _____ сыворотки крови: А: паратгормона Б: общего кальция В: ионизированного кальция Г: кальцитонина **Вопрос №9** Методом выбора лечения АКТГ-зависимого гиперкортицизма у пациентки является: А: транссфеноидальная аденомэктомия Б: назначение каберголина В: назначение темозоломида Г: лучевая терапия **Вопрос №10** После нейрохирургического лечения ремиссию заболевания с низким риском рецидива рекомендовано регистрировать при уровне кортизола в крови < _____ нмоль/л) в первые дни после операции: А: 50 Б: 70 В: 100 Г: 80 **Вопрос №11** Пороговым значением размера образования гипофиза по данным МРТ для принятия решения о проведении трансназальной аденомэктомии в качестве первичного лечения при АКТГ-зависимом гиперкортицизме является размер более ___ мм: А: 6 Б: 3 В: 10 Г: 15 **Вопрос №12** К медикаментозным препаратам, используемым для коррекции гиперкортицизма, относят: А: мифепристон Б: пегвисомант В: голимумаб Г: лираглутид	

	2. Демонстрация практических навыков. а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при тиреотоксическом кризе.	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 19

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Мужчина 28 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На мышечную слабость, утомляемость, снижение либидо, эпизоды боли при мочеиспускании, увеличение массы тела на 10 кг. **1.3. Анамнез заболевания** Обозначенные жалобы в течение последнего года. Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент правой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л.Также известно, что при прохождении диспансеризации 2 месяца назад была выявлена гипергликемия натощак до 6.5 ммоль/л. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Отмечается избыточное накопление подкожной жировой клетчатки в области живота, груди, спины и лица. Рост – 179 см, масса тела – 105 кг. Кожные покровы телесного цвета, определяются багровые растяжки	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	шириной более 1 см на передней поверхности живота. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 145/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня: А: паратгормона Б: кальцитонина В: прокальцитонина Г: тиреотропного гормона **3. Результаты лабораторного метода обследования** **3.1. Паратгормон** Паратгормон 125.3 (15.0 – 65.0) пг/мл **3.2. Кальцитонин** Кальцитонин 5.1 (0.0 – 9.5) пг/мл **3.3. Прокальцитонин** Прокальцитонин 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.4. Тиреотропный гормон** Тиреотропный гормон 2.2 (0.4 – 4.0) мМЕ/л **Вопрос №2** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №3** При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. С учетом клинико-анамнестических данных, у пациента также целесообразно исследование уровня: А: кортизола в ходе ночного подавляющего теста (НПТ) Б: кортизола повторно утром В: АКТГ утром Г: кортизола в пробе с инсулиновой гипогликемией **6. Результаты обследования** **6.1. Кортизол в ходе ночного подавляющего теста (НПТ)** Кортизол в ходе НПТ с 1 мг дексаметазона 256 нмоль/л	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	6.2. Кортизол повторно утром Кортизол крови 670 (138-635) нмоль/л **6.3. АКТГ утром** АКТГ 33.7 (0 – 46) пг/мл **6.4. Кортизол в пробе с инсулиновой гипогликемией** Кортизол 985 нмоль/л **Вопрос №4** При дальнейшем обследовании уровень кортизола слюны в 23:00 показатель составил 21.5 нмоль/л. Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня: А: АКТГ Б: кальцитонина В: 17-кетостероидов в суточной моче Г: ИФР-1 **8. Результаты лабораторного метода обследования** **8.1. АКТГ** АКТГ 55.7 (0 – 46) пг/мл **8.2. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **8.3. 17-кетостероиды в суточной моче** 17-кетостероиды в моче 759.4 (123.1-765.5) нмоль/л **8.4. ИФР-1** 238 (208-444) нг/мл **Вопрос №5** С учетом выявленного увеличения уровня АКТГ следующий этап диагностики заключается в выполнении: А: МРТ головного мозга с контрастированием Б: МРТ надпочечников с контрастированием В: пробы с 8 мг дексаметазона Г: пробы с инсулиновой гипогликемией **10. Результаты обследования** **10.1. МРТ головного мозга с контрастированием** Определяется интраселлярно расположенная макроаденома гипофиза 13х13 мм без признаков компрессии хиазмы. **10.2. МРТ надпочечников с контрастированием**	

	Убедительные данные за структурные изменения надпочечников отсутствуют **10.3. Проба с 8 мг дексаметазона** Кортизол крови в ходе пробы 88 нмоль/л **10.4. Проба с инсулиновой гипогликемией** Кортизол в ходе пробы 688 нмоль/л **Вопрос №6** С учетом клинико-анамнестических данных у пациентки следует подозревать: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **12. Диагноз** Диагноз: **12.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1** **12.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2** **12.3. Комплекс Карни** **12.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №7** Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене: А: _MEN1_ Б: _RET_ В: _CDKN1B_ Г: _VHL_ **14. Результаты обследования** **14.1. MEN1** Мутация положительна **14.2. RET** Мутаций не выявлено **14.3. CDKN1B** Мутаций не выявлено **14.4. VHL** Мутаций не выявлено **Вопрос №8** Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в: А: первичном хирургическом лечении Б: динамическом наблюдении В: хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома	

	Г: назначении цинакальцета **Вопрос №9** Методом выбора лечения АКТГ-зависимого гиперкортицизма у пациентки является: А: транссфеноидальная аденомэктомия Б: назначение каберголина В: назначение темозоломида Г: лучевая терапия **Вопрос №10** При рецидиве кортикотропиномы после хирургического лечения возможно назначение: А: аналогов соматостатина Б: антагонистов соматостатина В: деносумаба Г: цинакальцета **Вопрос №11** При синдроме МЭН1 происходит: А: инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли Б: активирующая мутация в протоонкогене В: активирующая мутация в гене супрессоре опухоли Г: инактивирующая мутация в протоонкогене **Вопрос №12** Распространенность первичного гиперпаратиреоза среди пациентов с синдромом МЭН1 составляет ____%: А: 95 Б: 75 В: 55 Г: 35 **2. Демонстрация практических навыков.** а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при лактатацидозе	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
II этап: Оценка уровня практической подготовки
Экзаменационный билет № 20

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1,4 **ОПК-1,2, 4-8**	**<u>1. Курация пациента/ анализ клинической ситуации:</u>** 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ **1.1. Ситуация** Мужчина 29 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На немотивированную слабость, утомляемость, эпизоды боли при мочеиспускании, постоянную изжогу, голодные боли, эпизоды диареи. **1.3. Анамнез заболевания** Обозначенные жалобы в течение последнего года. Согласно заключению ФГДС, 6 месяцев назад были выявлены множественные язвенные дефекты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, наблюдается у гастроэнтеролога, нерегулярно принимает блокаторы протонной помпы. Кроме того, наблюдается у уролога по поводу уролитиаза. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л. **1.4. Анамнез жизни** Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 175 см, масса тела – 73 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет.	Умение установить психологический контакт с пациентом (при курации). Сбор (при курации) и (или) анализ жалоб, анамнеза. Проведение объективного обследования пациента (при курации) и (или) его анализ: осмотр по системам, анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Формулировка диагноза и его обоснование (если применяется). Выбор ведущего синдрома и составление программы дифференциально-диагностического поиска (если применяется). Составление обоснованного плана обследования больного (если применяется).

	Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня: А: паратгормона Б: кальцитонина В: прокальцитонина Г: тиреотропного гормона **3. Результаты лабораторного метода обследования** **3.1. Паратгормон** Паратгормон 125.3 (15.0 – 65.0) пг/мл **3.2. Кальцитонин** Кальцитонин 5.1 (0.0 – 9.5) пг/мл **3.3. Прокальцитонин** Прокальцитонин 0.015 (0.000 – 0.065) пг/мл **3.4. Тиреотропный гормон** Тиреотропный гормон 2.2 (0.4 – 4.0) мМЕ/л **Вопрос №2** Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как: А: первичный гиперпаратиреоз Б: вторичный гиперпаратиреоз В: первичный гипопаратиреоз Г: вторичный гипопаратиреоз **Вопрос №3** При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. С учетом клинико-анамнестических данных и жалоб пациента, также целесообразно исследование уровня в крови: А: гастрина Б: кортизола утром В: АКТГ утром Г: кальцитонина **6. Результаты обследования** **6.1. Гастрин** Гастрин 656.5 (13.0-115.0) пг/мл	Составление обоснованного плана лечения больного (если применяется). Выполнение диагностических и лечебных манипуляций (если применяется).

	6.2. Кортизол утром Кортизол 670 (138-635) нмоль/л **6.3. АКТГ утром** АКТГ 33.7 (0 – 46) пг/мл **6.4. Кальцитонин** Кальцитонин 6.3 (0.0 – 9.5) пг/мл **Вопрос №4** Клинико-лабораторные данные соответствуют: А: синдрому Золлингера-Эллисона Б: хроническому атрофическому гастриту В: ВИПоме Г: синдрому Аддисона-Бирмера **Вопрос №5** С учетом клинико-анамнестических данных у пациента следует подозревать: А: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1 Б: Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2 В: Комплекс Карни Г: Синдром Вольфрама **9. Диагноз** Диагноз: **9.1. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 1** **9.2. Синдром множественных эндокринных неоплазий тип 2** **9.3. Комплекс Карни** **9.4. Синдром Вольфрама** **Вопрос №6** Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене: А: _MEN1_ Б: _RET_ В: _CDKN1B_ Г: _VHL_ **11. Результаты обследования** **11.1. MEN1** Мутация положительна **11.2. RET** Мутаций не выявлено **11.3. CDKN1B** Мутаций не выявлено	

11.4. VHL

Мутаций не выявлено

Вопрос №7 Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в:

А: первичном хирургическом лечении

Б: динамическом наблюдении

В: хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома

Г: назначении цинакальцета

Вопрос №8 Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме:

А: субтотальная паратиреодэктомия

Б: удаление всех визуально измененных околощитовидных желез

В: удаление самой крупной околощитовидной железы

Г: удаление 2 из 4 околощитовидных желез

Вопрос №9 Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное:

А: определение уровня паратгормона

Б: назначение цинакальцета

В: мониторирование ЭКГ

Г: введение глюконата кальция

Вопрос №10 При решении в пользу медикаментозного лечения синдрома Золлингера-Эллисона у пациента возможно использование с этой целью:

А: ингибиторов протонной помпы

Б: агонистов D2-дофаминовых рецепторов

В: антагонистов рецепторов соматотропного гормона

Г: кальциймиметиков

Вопрос №11 При синдроме МЭН1 происходит:

А: инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Б: активирующая мутация в протоонкогене

В: активирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Г: инактивирующая мутация в протоонкогене

Вопрос №12 Распространенность первичного гиперпаратиреоза среди пациентов с синдромом МЭН1 составляет ___%:

А: 95

	Б: 75 В: 55 Г: 35 **<u>2. Демонстрация практических навыков</u>**. а) Оформите медицинскую документацию по п. 1. б) Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию на манекене. в) Окажите экстренную медицинскую помощь при гипергликемии	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

5. ЗАДАНИЯ III ЭТАПА «ИТОГОВОЕ СОБЕСЕДОВАНИЕ»

Оценка результатов освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 Эндокринология (сформированность компетенций выпускника)

III этап. Итоговое собеседование

№ п/п	Задание	Содержание основных операций:	Сформированные компетенции	Результат
1.	Экзаменационный билет	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей.	**УК-1** **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	Компетенции сформированы Компетенции не сформированы
2.	Ситуационная задача	Оценка профессиональной ситуации, Правильный выбор тактики действий.	**УК-1** **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	Компетенции сформированы Компетенции не сформированы

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Экзаменационный билет № 1

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Сахарный диабет 2 типа: этиология, патогенез, патогенетические основы клинической гетерогенности 2. Дифференциальная диагностика при рецидивирующих гипогликемических состояниях у больных сахарным диабетом. 3. Вторичный и третичный гипотиреоз: клинические проявления, тактика терапии.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 2

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Показания и принципы назначения инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа; критерии компенсации заболевания. 2. Дифференциальная диагностика при синдроме гиперкальциемии. 3. Вторичный и третичный гипотиреоз: клинические проявления, тактика терапии.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 3

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Диабетическая макроангиопатия: особенности патогенеза, клинического течения и лечебных подходов; целевые показатели в лечении артериальной гипертензии и дислипидемии. 2. Сахарный диабет и беременность: гестационный сахарный диабет (патогенез, диагностика, лечение), лечение сахарного диабета 1 типа во время беременности и при её планировании. 3. Первичный гиперпаратиреоз: патогенез, диагностические критерии, клинические проявления, дифференцированный подход к лечению.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 4

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Синдром диабетической стопы: классификация, патогенез нейропатических язв, принципы лечения и реабилитации 2. Гипогликемическая кома: причины, дифференциальная диагностика с другими острыми состояниями, лечение, осложнения 3. Йододефицитные заболевания: эпидемиология, спектр заболеваний в разных возрастных группах, патогенез, профилактика.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 5

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Кетоацидотическая диабетическая кома: патогенез, диагностика, алгоритм лечения. 2. Диабетическая ретинопатия: этиология, стадии, методы лечения.. 3. Подострый тиреоидит: патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 6

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Дислипидемии при сахарном диабете 2 типа: диагностика, дифференцированные подходы к лечению, целевые показатели липидного спектра. 2. Вторичный и третичный гиперпаратиреоз: этиология, патогенез 3. Эндокринная офтальмопатия: этиология, понятия об активности и тяжести заболевания, методы лечения.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 7

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Тиреоидиты (острый и хронические): этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение. 2. Анатомия и физиология околощитовидных желез. Заболевания и состояния, приводящие к гипокальциемии. 3. Феохромоцитома. Клиническая картина. Клинические формы заболевания (пароксизмальная, постоянная, бессимптомная). Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 8

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Качественное и количественное определение сахара в моче. Псевдоглюкозурия. Ренальная глюкозурия. 2. Эндокринная офтальмопатия. Клинические проявления. 3. Болезнь Грейвса: факторы определяющие выбор метода лечения.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 9

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Бигуаниды. Механизм действия. Показания. Противопоказания 2. Заболевания и состояния, сопровождающиеся развитием гиперкальциемии. 3. Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии эндокринного генеза.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 10

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Синдром галактореи: дифференциальная диагностика, тактика обследования 2. АКТГ-эктопированный синдром: тактика ведения, оценка эффективности 3. Синдромы множественных эндокринных неоплазий 1-го и 2-го типа: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 11

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Гипогликемическая кома. Принципы лечения осложнений сахарного диабета. 2. Диффузный токсический зоб. Этиология, патогенез, клиника. 3. Острая недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Клиника. Лечение.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 12

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Симптоматика основных синдромов гипотиреоза 2. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Особенности клинических проявлений. Лечение. 3. Гиперосмолярная кома.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 13

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Экспертиза трудоспособности больных сахарным диабетом. Санаторно-курортное лечение. 2. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АДГ. 3. Гипотиреоз. Первичный, вторичный, третичный. Этиология. Патогенез хранения и уничтожения запасов отравляющих веществ.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 14

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Гипогликемия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика 2. Дефицит йода и другие зобогенные факторы как причина и условия развития зоба. 3. Заболевания коры надпочечников. Синдром Иценко-Кушинга. Этиология и патогенез.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 15

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Синдромы гипергликемии, ацидоза, дегидратации, гипогликемии 2. Йоддефицитные болезни. Эндемический и спорадический зоб. Определение. Этиология. 3. Дифференциальная диагностика при выявлении объемного образования надпочечника.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 16

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Методика инсулинотерапии. Подбор дозы. Гликемический профиль. 2. Аддисонический криз, профилактика, лечение. 3. Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, клиническая картина, заместительная терапия.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 17

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Диета при инсулинотерапии, распределение сроков приема пищи в зависимости от срока его действия. 2. Неотложные состояния при заболеваниях околощитовидных желез 3. Феохромоцитома: патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 18

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Инсулинотерапия. Препараты инсулина короткого действия, средней продолжительности действия. Показания для лечения инсулином. 2. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. 3. Дифференциальная диагностика при артериальной гипертензии кризового течения.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 19

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Акромегалия: диагностика, дифференциальная диагностика 2. Болезнь Иценко-Кушинга: МРТ-негативная аденома, тактика ведения 3. Пролактинома: резистентная, злокачественная – определение, тактика ведения.	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование

Экзаменационный билет № 20

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций:
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	1. Гормонально-неактивные аденомы гипофиза: эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина 2. АКТГ-эктопированный синдром: этиология, патогенез, клинические проявления, прогноз. 3. Дифференциальная диагностика при синдроме гирсутизма	Анализ и публичное представление медицинской информации на основе доказательной медицины включая медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения. Знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 1

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Мужчина 45 лет направлен нефрологом диализного центра к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** Боли в коленных суставах, в грудном отделе позвоночника, головные боли на фоне повышения АД. **1.3. Анамнез заболевания** Терминальная стадия поражения почек в исходе хронического гломерулонефрита диагностирована 15 лет назад, тогда же сформирована артерио-венозная фистула на левом предплечье, в дальнейшем лечение программным гемодиализом получал в амбулаторном режиме по 4 часа 3 раза в неделю. Со слов пациента, отмечалось повышение паратгормона до 2500 пг/мл со времени начала заместительной почечной терапии, показатели кальциемии не известны. Кратковременно получал препараты кальция, активного метаболита витамина D, цинакалцета (дозы и кратность приема не помнит). 3 года назад при проведении гастроскопии, со слов пациента, диагностирована язвенная болезнь желудка с желудочно-кишечным кровотечением, проводилось консервативное лечение. Противоанемическую терапию (препараты рекомбинантного эритропоэтина и железа) пациент эпизодически получает также с начала гемодиализа под контролем общего анализа крови. **1.4. Анамнез жизни** Перелом костей левого предплечья 7 лет назад (производственная травма). Сопутствующие заболевания: хронический бронхит. Аллергологический анамнез без особенностей.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.
Наследственность не отягощена.
Образ жизни: бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное.
Курит 1 пачку сигарет в 3 дня.
Является инвалидом I группы, в настоящее время не работает.
Трудовой анамнез: в течение 10 лет работал клепальщиком на предприятии.

1.5. Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, гиперстеническое. Вес 76,8 кг. Рост 173 см. Индекс массы тела 25,7 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Контуры левого предплечья деформированы за счет множественных аневризм артерио-венозной фистулы, фистула функционирует. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Периферические отеки не определяются. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненна, подвижна. Пульс ритмичный 72 уд/мин, частота сердечных сокращений 72 уд/мин. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Тоны сердца приглушены. Число дыханий в 1 мин. 14, дыхание везикулярное с жестким оттенком. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Анурия, стул регулярный, без особенностей.

Вопрос №1 К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровней:

А: кальция
Б: альбумина
В: паратгормона
Г: фосфора
Д: креатинина
Е: магния

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Кальций

1,96 ммоль/л (2,05-2,55)

3.2. Альбумин

42 г/л (35-50)

	3.3. Паратгормон 2644 пг/мл (16-65) **3.4. Фосфор** 1,76 ммоль/л (0,74-1,52) **3.5. Креатинин** 846 мкмоль/л (50-98) **3.6. Магний** 0,88 ммоль/л (0,7-1,05) **Вопрос №2** К дополнительным параметрам, необходимым для оценки состояния костной ткани у пациента, относятся: А: щелочная фосфатаза Б: 25(OH)витамин D В: кальцитонин Г: железо Д: мочевая кислота Е: аланинаминотрансфераза **5. Результаты обследования** **5.1. Щелочная фосфатаза** 580 Ед/л (40-150) **5.2. 25(OH)витамин D** 34 нг/мл (30-100) **5.3. Кальцитонин** 2 пг/мл (0-18) **5.4. Железо** 13,3 мкмоль/л (9,2-30,4) **5.5. Мочевая кислота** 450,2 мкмоль/л (202-416) **5.6. Аланинаминотрансфераза** 40 Ед/л (0-55) **Вопрос №3** В качестве инструментального метода диагностики минерально-костных нарушений у пациента необходимо использовать: А: рентгеновскую денситометрию 3 отделов скелета Б: рентгенографию тазобедренных суставов В: электрокардиографию	

	Г: ультразвуковое исследование почек **7. Результаты инструментального метода обследования** **7.1. Рентгеновская денситометрия 3 отделов скелета** В лучевой кости radius 33% -2.9 SD, в бедренной кости femur neck -1.9 SD, total hip -2.0 SD, в позвоночнике L1-L4 -0.7 SD, максимальное снижение до -1.6 SD в L3 по Z-критерию **7.2. Рентгенография тазобедренных суставов** В проекции обоих суставов прослеживается начальное сужение суставной щели с краевыми остеофитами суставных поверхностей справа. Умеренное диффузное снижение плотности костей. **7.3. Электрокардиография** Электрическая ось отклонена влево. Ритм синусовый с ЧСС 63-64 уд в мин. Единичная суправентрикулярная экстрасистола. **7.4. Ультразвуковое исследование почек** Множественные кисты обеих почек (от 7 до 30 мм), уплотнение и деформация ЧЛС с двух сторон **Вопрос №4** Какой диагноз можно поставить пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования ?: А: Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: вторичный гиперпаратиреоз. Терминальная почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20ХХ года. Снижение МПК максимально до -2,9 SD по Z-критерию в лучевой кости Б: Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: вторичный почечный остеопороз. Терминальная почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20ХХ года В: Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: двусторонний коксартроз 2 стадии. Терминальная почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20ХХ года Г: Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: вторичный гиперпаратиреоз, дефицит витамина D, подагра. Терминальная почечная недостаточность в исходе	

	хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20XX года. Двусторонний коксартроз 1-2 стадии **9. Диагноз** Диагноз: **9.1. Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: вторичный гиперпаратиреоз. Терминальная почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20XX года. Снижение МПК максимально до -2,9 SD по Z-критерию в лучевой кости** **9.2. Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: вторичный почечный остеопороз. Терминальная почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20XX года** **9.3. Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: двусторонний коксартроз 2 стадии. Терминальная почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20XX года** **9.4. Минерально-костные нарушения при ХБП 5Д: вторичный гиперпаратиреоз, дефицит витамина D, подагра. Терминальная почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита неуточненной морфологической формы, лечение программным гемодиализом с 20XX года. Двусторонний коксартроз 1-2 стадии** **Вопрос №5** Среди проявлений минерально-костных нарушений у пациента необходимо также оценить наличие: А: кальцификации сосудов Б: нефрокальциноза В: эрозий желудка Г: микроцитарной анемии **Вопрос №6** Первоначально данному пациенту необходимо рекомендовать прием _____ под динамическим контролем показателей фосфорно-кальциевого обмена в сыворотке крови: А: альфакальцидола и карбоната кальция Б: севеламера гидрохлорида и альфакальцидола В: деносумаба и цинакалцета Г: цинакалцета и севеламера гидрохлорида	

	Вопрос №7 Для достижения целевых показателей паратгормона пациенту следует назначить цинакалцет при: А: достижении нормокальциемии Б: сохранении гипокальциемии В: развитии гипофосфатемии Г: достижении нормофосфатемии **Вопрос №8** Пациенту рекомендована коррекция питания с ограничением приема фосфора в продуктах питания до _____ мг/сут: А: 800-1000 Б: 200-500 В: 2000-2500 Г: 1500-1800 **Вопрос №9** Для оценки эффективности проводимой терапии контроль уровня кальция крови рекомендуется осуществлять не реже 1 раза в ____ месяц/месяца/месяцев: А: 1 Б: 4 В: 2 Г: 5 **Вопрос №10** Для оценки эффективности проводимой терапии контроль уровня фосфора крови рекомендуется осуществлять не реже 1 раза в ____ месяц/месяца/месяцев: А: 1 Б: 6 В: 12 Г: 2 **Вопрос №11** При сохранении у пациента гиперфосфатемии, несмотря на достижение нормокальциемии и соблюдение рекомендаций по коррекции питания, к терапии рекомендовано добавить: А: севеламера гидрохлорид Б: магния гидроксид В: калия перманганат Г: железа III полимальтозат **Вопрос №12** Показанием к проведению паратиреоидэктомии у данного пациента может служить: А: развитие резистентной к терапии гиперкальциемии	

	Б: стойкое сохранение уровня паратгормона в переделах 300-500 пг/мл В: увеличение в объеме двух околощитовидных желез Г: продолжительное лечение программным гемодиализом	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 2

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Пациент С. 38 лет обратился на прием к эндокринологу по рекомендации нефролога диализного центра. **1.2. Жалобы** На выраженную слабость, судороги и боли в икроножных мышцах, боли в позвоночнике. **1.3. Анамнез заболевания** В 20 лет диагностирован гломерулонефрит и повышение креатинина на фоне часто рецидивирующей ангины, получал высокие дозы антибактериальных препаратов. В 27 лет на фоне обострения гломерулонефрита отмечено резкое снижение почечной функции, инициирована заместительная почечная терапия программным гемодиализом (2017 г). 6 месяцев назад впервые выявлено повышение паратгормона до 3799 пг/мл, кальций общий 2,27 ммоль/л, фосфор 1,52 ммоль/л. Получал терапию цинакалцетом 30 мг/сут, однако в связи с плохой переносимостью самостоятельно отменил. Далее назначалась терапия: этелкальцетид 2,5 мг 1 раз в неделю, колекальциферол по 2 капли в день, альфакальцидол 0,25 мкг в сутки. Длительное время отмечает повышение АД, максимально до 150/100 мм рт. ст. **1.4. Анамнез жизни** Хронические заболевания: Хроническая болезнь почек 5D в исходе хронического гломерулонефрита. Артериальная гипертензия II стадии 2 степени, риск 4. Нефрогенная анемия. Переломы костей в анамнезе: низкотравматичные переломы правой ключицы, правой бедренной кости (2013 г.), правого голеностопного сустава (2018 г.) Вредные привычки: курение по 1 пачке сигарет в день.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

Семейный анамнез не отягощен.
Аллергологический анамнез без особенностей.
Трудовой анамнез: Пациент не работает, является инвалидом 2 группы. Ранее работал водителем-дальнобойщиком.
Эпиданамнез не отягощен.

1.5. Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Сухой вес 60 кг. Рост 169 см. Индекс массы тела на сухой вес – 21,0 кг/м2. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костная система: отмечается искривление позвоночника, за жизнь уменьшился на 5 см в росте. Отмечается пастозность голеней. Щитовидная железа не увеличена. Сердечно-сосудистая система: Частота сердечных сокращений 70 уд./мин, АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, анурия.

Вопрос №1 Для постановки диагноза необходимо исследовать в крови уровень:

А: фосфора
Б: альбумин-скорректированного кальция
В: паратиреоидного гормона
Г: щелочной фосфатазы
Д: мочевой кислоты
Е: тиреотропного гормона

3. Результаты обследования

3.1. Фосфор

1,74 ммоль/л (0,74-1,52 ммоль/л)

3.2. Альбумин-скорректированный кальций

2,36 ммоль/л (2,15-2,55 ммоль/л)

3.3. Паратиреоидный гормон

2454 пг/мл (150-300 пг/мл)

3.4. Щелочная фосфатаза

1014 Ед/л (50-150 Ед/л)

3.5. Мочевая кислота

278,5 мкмоль/л (202-416 мкмоль/л)

3.6. Тиреотропный гормон

	1,614 мМЕ/л (0,25-3,5 мМЕ/л) **Вопрос №2** Какие инструментальные методы обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза: А: рентгеновскую денситометрию поясничного отдела позвоночника, бедренной и лучевой костей Б: рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции В: холтеровское мониторирование электрокардиограммы Г: ультразвуковое исследование щитовидной железы Д: ультразвуковое исследование почек Е: МРТ головного мозга **5. Результаты инструментальных методов обследования** **5.1. Рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника, бедренной и лучевой костей** Снижение минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) до -3,7 SD по Z-критерию, в проксимальном отделе бедренной кости (-3,2 SD по Z-критерию в шейке бедренной кости, -2,7 SD по Z-критерию в целом), области лучевой кости в целом до -5,1 SD по Z-критерию. **5.2. Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции** На рентгенограмме грудного отдела позвоночника - компрессионный перелом Th-12 (18% потери костной массы), Th-11 (7 % потери костной массы), Th-9 и Th-8 (3-4 % потери костной массы). Выраженный гиперкифоз. Обызвествление хрящей нижних пар рёбер. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника гиперлордоз, признаки множественных межпозвонковых протрузий дисков. **5.3. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы** Ритм синусовый. Пауз более 2с. нет. PQ макс. 145 мс. Средняя ЧСС была 65 уд/мин в течение дня. Максимальная ЧСС 85 уд/мин. Минимальная ЧСС 52 уд/мин. Зарегистрировано 4 одиночные желудочковые экстрасистолы, 137 одиночных наджелудочковых экстрасистол. ST-T без диагностически значимой динамики. **5.4. Ультразвуковое исследование щитовидной железы**	

	Общий объем щитовидной железы 22.9 см3. Объемные образования:в правой доле множественные зоны диаметром 0.2-0.3 см с четкими контурами, пониженной эхогенности. Регионарные лимфатические узлы: не увеличены, не изменены. **5.5. Ультразвуковое исследование почек** Правая почка. Контуры неровные, нечеткие. Расположена типично, патологической подвижности не выявлено Размеры: длина 10.0 см, ширина 5.2 см, толщина 3.2 см. Паренхима неоднородная. Эхогенность повышена. Кортико-медуллярная дифференцировка отсутствует. Толщина паренхимы 1.2 см. ЧЛС не расширена. Конкременты не выявлены. Левая почка. Контуры неровные, нечеткие. Расположена типично, патологической подвижности не выявлено. Размеры: длина 11.6 см, ширина 6.2 см, толщина 4.4 см. Паренхима неоднородная. Эхогенность повышена. Толщина паренхимы 1.1 см. ЧЛС не расширена. Конкременты не выявлены. Эхографические признаки выраженных диффузных изменений паренхимы почек. **5.6. МРТ головного мозга** Очаговых и диффузных изменений сигнала, поступающего от больших полушарий головного мозга, мозжечка и стволовых структур не определяется. Срединные структуры не смещены. Желудочковая система не расширена и не деформирована. Субарахноидальные пространства не расширены. Гипофиз без патологии. Структура гипофиза однородна, воронка расположена по средней линии. Краниовертебральный переход без особенностей. **Вопрос №3** Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования ?: А: Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек: вторичный гиперпаратиреоз, гиперфосфатемия. ХБП 5Д, лечение программным гемодиализом с 2017 г. Тяжелый остеопороз со снижением минеральной плотности костей максимально до -5.1 SD в лучевой кости. Компрессионные переломы Th8-12; низкотравматичные переломы правой ключицы, правой бедренной кости (2013 г.), правого голеностопного сустава (2018 г.) Б: Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек: вторичный гиперпаратиреоз. ХБП 5Д, лечение программным гемодиализом с 2017 г. Снижение минеральной плотности костной ткани до уровня остеопении, максимально до -5.1 SD в лучевой кости в целом. Компрессионные переломы Th8-12; низкотравматичные переломы правой ключицы, правой бедренной кости (2013 г.), правого голеностопного сустава (2018 г.)	

	В: Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек: вторичный гиперпаратиреоз, гиперкальциемия. ХБП 5Д, лечение программным гемодиализом с 2017 г..Диффузная кальцификация грудного и брюшного отделов аорты. Обызвествление хрящей нижних пар рёбер. Нефрогенная анемия. Артериальная гипертония II ст., 2 ст., риск 4 Г: Хроническая болезнь почек С5. Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек. Вторичный гиперпаратиреоз, гиперкальциемия. Снижение минеральной плотности костной ткани до уровня остеопороза, максимально до -7.1 SD в лучевой кости в целом. Компрессионные переломы Th8-12 **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек: вторичный гиперпаратиреоз, гиперфосфатемия. ХБП 5Д, лечение программным гемодиализом с 2017 г. Тяжелый остеопороз со снижением минеральной плотности костей максимально до -5.1 SD в лучевой кости. Компрессионные переломы Th8-12; низкотравматичные переломы правой ключицы, правой бедренной кости (2013 г.), правого голеностопного сустава (2018 г.)** **7.2. Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек: вторичный гиперпаратиреоз. ХБП 5Д, лечение программным гемодиализом с 2017 г. Снижение минеральной плотности костной ткани до уровня остеопении, максимально до -5.1 SD в лучевой кости в целом. Компрессионные переломы Th8-12; низкотравматичные переломы правой ключицы, правой бедренной кости (2013 г.), правого голеностопного сустава (2018 г.)** **7.3. Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек: вторичный гиперпаратиреоз, гиперкальциемия. ХБП 5Д, лечение программным гемодиализом с 2017 г..Диффузная кальцификация грудного и брюшного отделов аорты. Обызвествление хрящей нижних пар рёбер. Нефрогенная анемия. Артериальная гипертония II ст., 2 ст., риск 4** **7.4. Хроническая болезнь почек С5. Минерально-костные нарушения при хронической болезни почек. Вторичный гиперпаратиреоз, гиперкальциемия. Снижение минеральной плотности костной ткани до уровня остеопороза, максимально до -7.1 SD в лучевой кости в целом. Компрессионные переломы Th8-12** **Вопрос №4** Пациенту рекомендовано питание с ограничением: А: фосфора	

	Б: кальция В: животных жиров Г: клетчатки **Вопрос №5** Наибольшее количество легкоусвояемого фосфора содержат: А: мясные консервы, копченые колбасы, субпродукты Б: шоколад, какао, кофе В: горох, фасоль, соя, чечевица Г: картофель, свекла, морковь, лук **Вопрос №6** Пациенту рекомендовано потребление фосфора не более _____ мг в течение суток: А: 800-1000 Б: 2000-2500 В: 1500-1800 Г: 300-500 **Вопрос №7** При отсутствии снижения уровня фосфора крови на фоне диетотерапии пациенту целесообразно назначить: А: севеламер Б: цинакалцет В: альфакальцидол Г: ибандронат **Вопрос №8** Для снижения уровня паратиреоидного гормона в крови, в случае отсутствия нормализации уровня фосфора на фоне проводимой терапии, пациенту целесообразно назначить: А: парикальцитол Б: альфакальцидол В: кальцитриол Г: ацетат кальция **Вопрос №9** С парикальцидолом нецелесообразно комбинировать _____ во избежание токсического влияния на костную ткань: А: гидроксид алюминия Б: севеламера гидрохлорид В: севеламера карбонат Г: лантана карбонат	

	Вопрос №10 После назначенного лечения необходим регулярный контроль анализа крови на: А: кальций общий, альбумин, паратиреоидный гормон, фосфор, щелочную фосфатазу Б: калий, натрий, хлориды, кальций общий, аланинаминотрансферазу, аспартатаминотрансферазу В: витамин В12, холестерин общий, триглицериды, магний Г: 25(ОН)витамин D, кальций общий, калий, натрий, хлориды **Вопрос №11** Показанием к проведению паратиреоидэктомии у пациента служит: А: повышение уровня паратгормона более 1000 пг/мл в течение более 6 месяцев Б: гипокальциемия менее 1,8 ммоль/л В: гиперфосфатемия Г: дефицит витамина D **Вопрос №12** Перед планированием паратиреоидэктомии выполняется: А: ультразвуковое исследование околощитовидных желез Б: компьютерная томография брюшной полости В: рентгенография костей таза Г: магнитно-резонансная томография головного мозга	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 3

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Женщина 48 лет обратилась к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На дискомфорт в области шеи, периодические головные боли, боли и тяжесть в нижних конечностях, быструю утомляемость, общую слабость. **1.3. Анамнез заболевания** Вышеперечисленные жалобы наблюдаются в течение последних 2 лет. При самостоятельном обследовании в гормональном анализе крови выявлено повышение уровня паратгормона до 95,3 пг/мл, что и послужило поводом для обращения к специалисту. **1.4. Анамнез жизни** Перенесенные состояния: переломы костей, операции в анамнезе отрицает. Сопутствующие заболевания: хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает. Наследственный анамнез: у матери сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, у отца рак щитовидной железы. Вредные привычки отрицает. Гинекологический анамнез: менструальный цикл регулярный, 30 дней, менструации по 6-7 дней, без особенностей. Беременности 3, роды 1. Образ жизни: бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное. Трудовой анамнез: работает экономистом на предприятии в течение 22 лет. **1.5. Объективный статус**	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Масса тела 65 кг. Рост 168,0 см. Индекс массы тела 23,0 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Костных деформаций нет, движения в крупных суставах в полном объеме. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, пальпаторно узлы не определяются. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 85 уд/мин, ритмичный. ЧДД 16/мин., дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей. **Вопрос №1** Для постановки диагноза пациентке необходимо исследовать в крови уровень: А: кальция Б: альбумина В: паратгормона Г: фосфора Д: тиреотропного гормона Е: щелочной фосфатазы **3. Результаты обследования** **3.1. Кальций** 2,36 ммоль/л (2,15-2,55 ммоль/л) **3.2. Альбумин** 40 г/л (35-50 г/л) **3.3. Паратгормон** 92 пг/мл (15-65 пг/мл) **3.4. Фосфор** 0,88 ммоль/л (0,74-1,52 ммоль/л) **3.5. Тиреотропный гормон** 1,5 мМЕ/л (0,4-4,0 мМЕ/л) **3.6. Щелочная фосфатаза** 57 Ед/л (50-150 Ед/л) **Вопрос №2** Для подтверждения диагноза дополнительно в крови следует определить уровень: А: креатинина Б: 25(OH)D	

	В: магния Г: остеокальцина Д: С-концевого телопептида коллагена 1 типа **5. Результаты обследования** **5.1. Креатинин** 65,4 мкмоль/л (50-98 мкмоль/л) **5.2. 25(OH)D** 15,2 нг/мл (30-100 нг/мл) **5.3. Магний** 0,88 ммоль/л (0.7-1.05 ммоль/л) **5.4. Остеокальцин** 17,3 нг/мл (11-43 нг/мл) **5.5. С-концевой телопептид коллагена 1 типа** 0,4 нг/мл (0.01-0.69 нг/мл) **Вопрос №3** С целью дифференциальной диагностики первичного и вторичного гиперпаратиреоза необходимо выполнить: А: пробу с альфакальцидолом Б: ультразвуковое исследование околощитовидных желез В: рентгеновскую денситометрию костей Г: пробу с глюконатом кальция **7. Результаты обследования** **7.1. Проба с альфакальцидолом** При приеме 1 мкг альфакальцидола в сутки в течение 7 дней кальций общий крови-2,41 ммоль/л, альбумин-41 г/л, паратгормон-63 пг/мл **7.2. Ультразвуковое исследование околощитовидных желез** Гипоэхогенное образование с четкими контурами за верхним полюсом левой доли щитовидной железы 0,7х0,6х0,8 см **7.3. Рентгеновская денситометрия костей** В поясничном отделе позвоночника L1-L4 -0,8 SD, максимальное снижение в L1 -0,8 SD по Z-критерию, в проксимальном отделе бедренной кости Neck -0,4 SD, total hip -0,0 SD по Z -критерию **7.4. Проба с глюконатом кальция** На фоне пробы через 10 минут кальций общий крови 2,75 ммоль/л, альбумин 40 г/л, паратгормон 28 пг/мл	

	Вопрос №4 Предполагаемым основным диагнозом у пациентки является: А: Вторичный гиперпаратиреоз Б: Третичный гиперпаратиреоз В: Идиопатический остеопороз Г: Первичный гиперпаратиреоз **9. Диагноз** Диагноз: **9.1. Вторичный гиперпаратиреоз** **9.2. Третичный гиперпаратиреоз** **9.3. Идиопатический остеопороз** **9.4. Первичный гиперпаратиреоз** **Вопрос №5** Причиной заболевания является: А: дефицит витамина D Б: аденома околощитовидной железы В: почечная недостаточность Г: психоэмоциональный стресс **Вопрос №6** Пациентке рекомендуется лечение препаратами: А: колекальциферола Б: кальция карбоната В: магния гидроксида Г: альфакальцидола **Вопрос №7** Лечение дефицита витамина D у пациентки рекомендуется проводить суммарной насыщающей дозой колекальциферола _____ МЕ: А: 400 000 Б: 200 000 В: 600 000 Г: 100 000 **Вопрос №8** Пороговым значением уровня 25-ОН Витамина D, выше которого могут наблюдаться токсичные эффекты, является _____ нг/мл: А: 150 Б: 200 В: 50 Г: 500	

	Вопрос №9 Отсутствие повышения уровня 25(OH)D в сыворотке крови при условии полной комплаентности пациентки лечению позволяет заподозрить патологию: А: пищеварительной системы Б: респираторной системы В: периферической крови Г: мочевыводящих путей **Вопрос №10** При сохранении повышенного уровня паратгормона до 70 пг/мл и нормокальциемии 2,25 ммоль/л после устранения дефицита витамина D у пациентки через 3 месяца диагностируется: А: вторичный гиперпаратиреоз Б: первичный гиперпаратиреоз В: третичный гиперпаратиреоз Г: идиопатический гиперпаратиреоз **Вопрос №11** Для профилактики патологии костной системы наряду с коррекцией уровня витамина D пациентке рекомендуется потребление кальция с пищей не менее ____ г.: А: 1,0 Б: 0,5 В: 2,5 Г: 0,8 **Вопрос №12** Для профилактики дефицита витамина D и рецидива вторичного гиперпаратиреоза пациентке рекомендуется получать не менее _____ МЕ витамина D в сутки: А: 600-800 Б: 3500-4000 В: 200-300 Г: 7000-7500	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 4

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** На приём к врачу-терапевту участковому обратился мужчина 65 лет. **1.2. Жалобы** на боли в поясничном отделе позвоночника **1.3. Анамнез заболевания** Боли в спине беспокоят около месяца, использование мазей с НПВС приносит кратковременный эффект. **1.4. Анамнез жизни** • Рос и развивался нормально. • Пенсионер • Перенесённые заболевания: ревматоидный артрит (более 10 лет получает метилпреднизолон 4 мг), артериальная гипертензия (максимально до 170 и 100 мм рт. ст, принимает регулярно лозартан 100 мг, амлодипин 5 мг) • Наследственность: у матери ревматоидный артрит и перелом шейки бедра • Аллергоанамнез: не отягощен • Вредные привычки: курит с 18 лет (7-10 сигарет в день), алкоголем не злоупотребляет • Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки • Ведет малоподвижные образ жизни **1.5. Объективный статус** Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 171 см, вес 93 кг, индекс массы тела 31,8 кг/м2, t тела 36,8°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 130/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. ЩЖ 0 ст. по ВОЗ. **Вопрос №1** Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования: А: рентгеновская денситометрия позвоночника и бедра Б: боковая рентгенография позвоночника на уровне Th4-L5 В: рентгенография органов грудной клетки Г: рентгенография тазобедренных суставов Д: ультразвуковая денситометрия пяточной и лучевой кости **3. Результаты обследования** **3.1. Рентгеновская денситометрия позвоночника и бедра** Минеральная плотность костной ткани в L1 - L4 позвонках 0,811(BMB г/см2), на 35% нижепиковой костной массы, и на 25% нижепопуляционной нормы,Т – критерий -3,5SD. Минеральная плотность костной ткани в шейке левой бедренной кости 0,858(BMB г/см2), на 28 % нижепиковой костной массы, и на 21% ниже популяционной нормы,Т – критерий -2,8SD. Минеральная плотность костной ткани в шейке правойбедренной кости 0,791(BMB г/см2), на21% нижепиковой костной массы, и на 5% нижепопуляционной нормы,Т – критерий -1,8SD. **3.2. Боковая рентгенография позвоночника на уровне Th4-L5** На представленных рентгенограммах отмечается деформация и снижение высоты тел позвонков L4-L5 на 25%, снижена высота L4-L5, L5-S1 межпозвонковых дисков. **3.3. Рентгенография органов грудной клетки** На представленной рентгенограмме легких в прямой и боковой проекциях – в легких без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны, не расширены. Контуры диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Сердечная тень обычной конфигурации. Видимые мягкие ткани и костно-суставная система без особенностей. **3.4. Рентгенография тазобедренных суставов** Дегенеративных костно-деструктивных изменений не выявлено **3.5. Ультразвуковая денситометрия пяточной и лучевой кости**	

Т-критерий (лучевая кость) -3,0 SD
Т-критерий (пяточная кость) -2,5 SD
Вопрос №2 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:
А: общий анализ крови, СОЭ
Б: кальций, фосфор сыворотки крови
В: глюкоза плазмы натощак
Г: креатинин крови с подсчетом СКФ
Д: коагулограмма
Е: общий анализ мочи
5. Результаты лабораторных методов обследования
5.1. Общий анализ крови, СОЭ

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,5	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	144	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	40	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,95	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37.0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	8,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

5.2. Кальций, фосфор сыворотки крови

Показатель	Результат	Норма
Кальций ионизированный	1,17 ммоль/л	1,03 – 1,23
Форфор	1,1 ммоль/л	0,90 - 1,32

5.3. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза, ммоль/л	5,1	3,5-6,1

5.4. Креатинин крови с подсчетом СКФ

Показатель	Результат	Нормы
Креатинин, мкмоль/л	80	58,0-96,0
СКФ мл/мин	88.7	

5.5. Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%
Протромбиновый показа-тель	112,0	70,0-130,0 %

Тромбиновое время	19,6	14,0-21.0 сек
АЧТВ	27,5	26.4-37.5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая актив-ность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112.0%
Протеин С	115,8	70,0-140,0

5.6. Общий анализ мочи

Показатель	**Результат**	**Нормы**
цвет	Соломенно-желтый	Соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (РН)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное
Белок	отрицательно	отрицательно
Глюкоза	отрицательно	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно

Билирубин	отрицательно	отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	Отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	Отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	Отсутствуют
Соли	отсутствуют	Отсутствуют
Слизь	отсутствует	Незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	Отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	Отсутствуют

Вопрос №3 Основным диагнозом пациента является:

А: Вторичный остеопороз, тяжёлая форма, с переломами тел позвонков (L4-L5)

Б: Идиопатический остеопороз, тяжёлая форма, с переломами тел позвонков (L4-L5, L5-S1)

	В: Вторичный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках Г: Первичный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Вторичный остеопороз, тяжёлая форма, с переломами тел позвонков (L4-L5)** **7.2. Идиопатический остеопороз, тяжёлая форма, с переломами тел позвонков (L4-L5, L5-S1)** **7.3. Вторичный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках** **7.4. Первичный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках** **Вопрос №4** Пациенту целесообразно дополнительно оценить уровень витамина: А: D Б: B6 В: B12 Г: K **Вопрос №5** Уровень 25(OH)D в 25 нг/мл соответствует _____ витамина D: А: недостаточности Б: дефициту В: выраженному дефициту Г: адекватному уровню **Вопрос №6** Рекомендации по изменению образа жизни включают: А: отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых кальцием Б: отказ от курения, уменьшение массы тела, 5-6-ти разовый приём пищи, ношение жестких корсетов В: уменьшение количества выкуриваемых сигарет, повышение массы тела, 3-4-х разовый приём пищи, сон с низким изголовьем Г: отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых фосфором **Вопрос №7** Пациенту показана терапия: А: алендронатом, колекальциферолом, глюконатом кальция	

	Б: эстрадиолом, альфакальцидолом, глюконатом натрия В: стронцием ранелатом, цинакальцетом, кальципотриолом Г: миакальциком, ралоксифеном, цинакальцетом **Вопрос №8** Для оценки эффективности проводимого патогенетического лечения остеопороза рентгеновская остеоденситометрия проксимального отдела бедра, шейки бедра и поясничного отдела позвоночника проводится через (в месяцах): А: 12 Б: 3 В: 6 Г: 9 **Вопрос №9** У пациента при обследовании через 12 месяцев после начала терапии остеопороза сохраняются жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника, по данным остеоденситометрии Т критерий в позвонках -3,8SD, появился новый компрессионный перелом позвонка Th12. В данном случае целесообразно рекомендовать: А: заменить алендронат на терипаратид Б: отменить терапию остеопороза вследствие неэффективности В: добавить к лечению деносумаб Г: заменить алендронат на ибандронат **Вопрос №10** Длительность терапии терипаратидом составляет не более ___ месяцев: А: 24 Б: 36 В: 48 Г: 60 **Вопрос №11** 10-летний риск основных остеопоретических переломов оценивается с помощью модели: А: FRAX Б: SCORE В: MODS Г: SOFA **Вопрос №12** Вторичная профилактика остеопороза включает такие мероприятия, как: А: лечебная гимнастика, адекватный прием кальция и достаточное поступление витамина D, использование тростей и ходунков, обучение в школе здоровья для пациентов с остеопорозом	

	Б: расширенный режим питания с обязательным приемом углеводов и ограничением приема белков, бег, бальнеотерапия В: употребление продуктов, богатых селеном, осевые нагрузки с прыжками на месте, постоянное ношение корсета, климатотерапия Г: мануальная терапия, употребление продуктов, богатых фосфором, занятие спортом, грязелечение	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 5

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 67 лет. **1.2. Жалобы** на боли в спине **1.3. Анамнез заболевания** • боли в спине беспокоят около года, использование мазей с НПВС приносит кратковременный эффект • в течение последнего месяца боль усилилась **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Пенсионер. • Перенесённые заболевания: артериальная гипертензия (принимает регулярно лозартан 100 мг) • Беременности – 2, роды – 2. • Наследственность: у матери в 70 лет перелом шейки бедра • Аллергоанамнез: не отягощен • Вредные привычки: курит с 20 лет (5-7 сигарет в день), алкоголем не злоупотребляет • Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки, не употребляет молочные продукты • Ведет малоподвижный образ жизни **1.5. Объективный статус**	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 164 см, вес 53 кг, индекс массы тела 19,7 кг/м2, t тела 36,6°С. Рост при последнем измерении составлял 166 см. Кифотическая деформация грудной клетки. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 136/88 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. ЩЖ 0 ст. по ВОЗ. Менопауза в течение 12 лет.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: общий анализ крови с СОЭ
Б: кальций и фосфор крови
В: глюкоза плазмы натощак
Г: креатинин крови с подсчетом СКФ
Д: коагулограмма
Е: общий анализ мочи

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови с СОЭ

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0

Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100	
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34	
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37.0	
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12	
Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320	
Лейкоциты (WBC), *109/л	8,8	4-9	
Лейкоцитарная формула			
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6	
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72	
Эозинофилы, %	2	1-5	
Базофилы, %	0	0-1	
Лимфоциты, %	30	19-37	

Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

3.2. Кальций и фосфор крови

Показатель	**Результат**	**Норма**
Кальций ионизированный	1,14 ммоль/л	1,03 – 1,23
Фосфор	1,2 ммоль/л	0,90 - 1,32

3.3. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Глюкоза, ммоль/л	4,3	3,5-6,1

3.4. Креатинин крови с подсчетом СКФ

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Креатинин, мкмоль/л	74	58,0-96,0
СКФ мл/мин	72.2	

3.5. Коагулограмма

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Агрегация тромбоцитов	67,*	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15

Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21.0 сек
АЧТВ	27,5	26.4-37.5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112.0%
Протеин С	115,8	70,0-140,0

3.6. Общий анализ мочи

Показатель	**Результат**	**Нормы**
цвет	Соломенно-желтый	Соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (РН)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025

Количество осадка	незначительное	незначительное
Белок	отрицательно	отрицательно
Глюкоза	отрицательно	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно
Билирубин	отрицательно	отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	Отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	Отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	Отсутствуют
Соли	отсутствуют	Отсутствуют
Слизь	отсутствует	Незначительное количество

Бактерии	отсутствуют	Отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	Отсутствуют

Вопрос №2 Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования:

А: рентгеновская денситометрия бедра и позвоночника
Б: боковая рентгенография позвоночника на уровне Th4-L5
В: рентгенография органов грудной клетки
Г: рентгенография тазобедренных суставов
Д: ультразвуковая денситометрия лучевой кости
Е: ультразвуковая денситометрия пяточной кости

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Рентгеновская денситометрия бедра и позвоночника

Минеральная плотность костной ткани в L1 - L4 позвонках 0,811(BMB г/см2), на 31% нижепиковой костной массы, и на 18% нижепопуляционной нормы,Т – критерий -3,1SD.

Минеральная плотность костной ткани в шейке левой бедренной кости 0,858(BMB г/см2), на 17 % нижепиковой костной массы, и на 7% выше популяционной нормы,Т – критерий -1,3SD.

Минеральная плотность костной ткани в шейке правойбедренной кости 0,791(BMB г/см2), на24% нижепиковой костной массы, и на 1% нижепопуляционной нормы,Т – критерий -1,8SD.

5.2. Боковая рентгенография позвоночника на уровне Th4-L5

На представленных рентгенограммах высота тел позвонков не изменена, снижена высота L4-L5, L5-S1 межпозвонковых дисков. Замыкательные пластинки тел соответствующих позвонков субхондрально уплотнены. Лордоз сохранен. Задняя линия тел позвонков не деформирована.

5.3. Рентгенография органов грудной клетки

На представленной рентгенограмме легких в прямой и боковой проекциях – в легких без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны, не расширены. Контуры диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Сердечная тень

	обычной конфигурации. Видимые мягкие ткани и костно-суставная система без особенностей. **5.4. Рентгенография тазобедренных суставов** Дегенеративных костно-деструктивных изменений не выявлено **5.5. Ультразвуковая денситометрия лучевой кости** Исследована лучевая кость правой руки. Т-критерий -2,5 SD **5.6. Ультразвуковая денситометрия пяточной кости** Исследована пяточная кость правой ноги. Т-критерий -2,2 SD **Вопрос №3** Основным диагнозом пациентки является: А: Постменопаузальный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках Б: Идиопатический остеопороз, тяжёлая форма, с переломами тел позвонков (L4-L5, L5-S1) В: Вторичный остеопороз, тяжёлая форма, смешанного генеза Г: Вторичный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Постменопаузальный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках** **7.2. Идиопатический остеопороз, тяжёлая форма, с переломами тел позвонков (L4-L5, L5-S1)** **7.3. Вторичный остеопороз, тяжёлая форма, смешанного генеза** **7.4. Вторичный остеопороз без переломов с преимущественной потерей массы кости в позвонках** **Вопрос №4** Пациентке целесообразно дополнительно исследовать уровень: А: витамина D Б: гликированного гемоглобина В: витамина B12 Г: кальцитонина **Вопрос №5** Уровень витамина D 18 нг/мл (норма 30-50 нг/мл), у пациентки выявлен: А: дефицит витамина D Б: первичный гиперпаратиреоз В: вторичный гиперпаратиреоз	

	Г: недостаток витамина D **Вопрос №6** Рекомендации по изменению образа жизни включают: А: отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых кальцием Б: отказ от курения, уменьшение массы тела, 5-6 разовый приём пищи, ношение жестких корсетов В: уменьшение количества выкуриваемых сигарет, повышение массы тела, 3-4-х разовый приём пищи, сон с низким изголовьем Г: отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых фосфором **Вопрос №7** Пациентке показана терапия: А: алендронатом, колекальциферолом, глюконатом кальция Б: эстрадиолом, альфакальцидолом, глюконатом натрия В: стронцием ранелатом, цинакальцетом, кальципотриолом Г: миакальцикомом, ралоксифеном, цинакальцетом **Вопрос №8** Средняя длительность терапии остеопороза таблетированными бисфосфонатами составляет (в годах): А: 5 Б: 1 В: 2 Г: 10 **Вопрос №9** Для оценки эффективности проводимого патогенетического лечения остеопороза рентгеновская остеоденситометрия проксимального отдела бедра, шейки бедра и поясничного отдела позвоночника проводится через ___ месяцев: А: 12 Б: 3 В: 6 Г: 9 **Вопрос №10** 10-летний риск основных остеопоретических переломов оценивается с помощью модели: А: FRAX Б: SCORE В: MODS Г: SOFA	

	Вопрос №11 Профилактика дефицита витамина D у пациента с остеопорозом старше 50 лет заключается в приеме нативных форм витамина D в дозе _____ МЕ/сутки: А: 800 Б: 400 В: 5000 Г: 10000 **Вопрос №12** Вторичная профилактика остеопороза предполагает мероприятия, включающие: А: лечебную гимнастику, адекватный прием кальция и достаточное поступление витамина D, использование тростей и ходунков Б: расширенный режим питания, с обязательным приемом углеводов и ограничением приема белков, бег, бальнеотерапию В: употребление продуктов, богатых селеном, осевые нагрузки с прыжками на месте, постоянное ношение корсета, климатотерапию Г: мануальную терапию, употребление продуктов, богатых фосфором, занятие спортом, грязелечение	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 6

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Мужчина 23 лет обратился к врачу-эндокринологу **1.2. Жалобы** На лабильность настроения, склонность к депрессиям, утомляемость, снижение либидо, увеличение области грудных желез **1.3. Анамнез заболевания** В детстве развивался соответственно возрасту, однако половое созревание наступило с задержкой и проходило слабо выраженно. В течение 8 лет нарастает слабость, появилась склонность к депрессиям. Постепенно стала увеличиваться масса тела, особенно в области ягодиц, бедер и грудных желез, последние два года начал отмечать умеренную болезненность в грудных железах при прикосновении. Половой жизнью никогда не жил. **1.4. Анамнез жизни** • Хронические заболевания отрицает; • курение, употребление алкоголя отрицает; • в настоящий момент не учится, не работает. Образование среднее; • аллергических реакций не было; • отец 56 лет, артериальная гипертензия, мать 58 лет, здорова; • семейный анамнез по эндокринным заболеваниям не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 187 см, вес 90 кг, ИМТ 25,7 кг/м2 гиноидный тип телосложения, увеличена область грудных желез, при пальпации отмечается умеренная болезненность. Оволосение по женскому типу, маленькие плотные яички. Высокий	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

голос. Размах рук – 188 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 77 уд. в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Вопрос №1 Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются:

А: кариотипирование
Б: исследование общего тестостерона
В: исследование фолликулостимулирующего гормона
Г: общий анализ крови
Д: биохимический анализ крови
Е: общий анализ мочи

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Кариотипирование

47 XXY

3.2. Исследование общего тестостерона

0,9 нмоль/л (12,1-33,5)

3.3. Исследование фолликулостимулирующего гормона

61,7 мМЕ/мл (1,5-12,4)

3.4. Общий анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,67	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	150	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	46,4	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0

Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	91	80-100	
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	30	26-34	
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,9	32,0-37,0	
Ретикулоциты (RET), ‰	11	2-12	
Тромбоциты (PLT), *109/л	270	180-320	
Лейкоциты (WBC), *109/л	5,7	4-9	
Лейкоцитарная формула			
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6	
Нейтрофилы сегментоядерные, %	68	47-72	
Эозинофилы, %	2	1-5	
Базофилы, %	0	0-1	
Лимфоциты, %	27	19-37	
Моноциты, %	3	2-10	

СОЭ, мм/ч	8	м. 2-10 ж. 2-15

3.5. Биохимический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Общий белок, г/л	67,1	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	10,5	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	3,5	2,5–6,4
Общий холестерин, ммоль/л	5,3	0,0-5,3
Креатинин, мкмоль/л	73,1	58,0-96,0
АСТ, Ед/л	28	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	31	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	4,6	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	3,7	3,4-5,3

3.6. Общий анализ мочи

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Цвет	Соломенно-желтый	Соломенно-желтый
Прозрачность	полная	Полная
Реакция (РН)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0

Относительная плотность	1030	1015-1025
Количество осадка	незначительное	Незначительное
Белок	0.58 г/л	Отрицательно
Глюкоза	>56,0 ммоль/л	Отрицательно
Кетоновые тела	++++	Отрицательно
Билирубин	отрицательно	Отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	Отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	Отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	Отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	Отсутствуют
Соли	отсутствуют	Отсутствуют
Слизь	отсутствует	Незначительное количество

Бактерии	отсутствуют	Отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	Отсутствуют

Вопрос №2 Необходимым инструментальным методом исследования является:
А: УЗИ грудных желез
Б: УЗИ брюшной полости
В: МРТ гипофиза
Г: КТ грудной полости

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. УЗИ грудных желез

В обеих грудных железах выявляются группы участков однородной структуры, средней эхогенности (предположительно, железистая ткань), расположенных в области ареолы и несколько превышающие её диаметр, размерами: слева 4х3х0,6 см, справа 3,5х3х0,7 см.

5.2. УЗИ брюшной полости

Печень: Контуры четкие, ровные. Размеры: левая доля 50х97 мм (по средней линии живота, норма до 60х100), правая доля 123х139 мм (по среднеключичной линии, норма до 125х145). Эхогенность обычная. Эхоструктура однородная. Сосудистый рисунок не изменен. Печеночные вены обычного диаметра, 8 мм.

Желчный пузырь: 62х32х31 мм; форма нормальная. Толщина стенки не увеличена, 1,3 мм. Эхогенность стенки повышенная, эхоструктура диффузно-неоднородная, с признаками холестероза. Содержимое неоднородное, с единичными сигналами крупнодисперсной взвеси. Внутрипеченочные желчные протоки: не расширены. Гепатикохоледох: не расширен.

Поджелудочная железа: Контуры четкие, ровные. Головка 28 мм, тело 14 мм, хвост 23 мм. Эхогенность обычная, эхоструктура однородная. Главный панкреатический проток не расширен.

Селезенка: Размеры 112х39 мм (норма до 120х40); эхоструктура обычная, очаговые изменения отсутствуют. Свободная жидкость в брюшной полости и полости малого таза не определяется.

5.3. МРТ гипофиза

Гипофиз расположен эндоселлярно, размеры: передне-задний 8 мм, вертикальный – 5 мм, фронтальный – 12мм. Адено и нейрогипофиз хорошо дифференцируются. Воронка расположена по средней линии. Расстояние до хиазмы 7 мм. Хиазма без признаков компрессии.

5.4. КТ грудной полости

	Легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Трахея и крупные бронхи не изменены. Плеврального выпота не выявлено. Средостение не расширено, в полости перикарда выпота нет. Внутригрудные и подмышечные лимфоузлы не увеличены. Мягкие ткани грудной стенки не изменены. Костные структуры без патологических изменений. **Вопрос №3** Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?: А: Синдром Клайнфельтера Б: Синдром Ди-Джорджи В: Синдром Каллмана Г: Синдром Нунан **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Синдром Клайнфельтера** **7.2. Синдром Ди-Джорджи** **7.3. Синдром Каллмана** **7.4. Синдром Нунан** **Вопрос №4** Также у пациента имеется: А: гинекомастия Б: гиперкортицизм В: гипокортицизм Г: гипофизарный нанизм **Вопрос №5** Причиной гинекомастии в данной ситуации является: А: относительное повышение уровня эстрогенов Б: абсолютное повышение уровня эстрогенов В: относительное повышение уровня пролактина Г: усиление ароматизации андрогенов в эстрогены **Вопрос №6** У данного пациента имеет место _____ гипогонадизм: А: первичный Б: вторичный В: третичный Г: периферический **Вопрос №7** У данного пациента можно диагностировать ____ степень гинекомастии: А: IV Б: I	

	В: II Г: III **Вопрос №8** У пациента с таким же диагнозом может быть следующий хромосомный набор: А: 47 XXY/46 XY Б: 45 X/46 XY В: 45 X/47 XXX Г: 46 XX/47 XY **Вопрос №9** Установленным фактором, влияющим на риск возникновения синдрома Клайнфельтера, является: А: возраст матери Б: возраст отца В: недоношенность плода Г: 47 хромосом у родителей **Вопрос №10** После полноценного обследования данному пациенту должен быть назначен: А: тестостерон Б: хорионический гонадотропин человека В: гонадотропин комбинированый Г: антиэстроген **Вопрос №11** Методом лечения гинекомастии, сохраняющейся после нормализации уровня тестостерона, в данном случае будет являться: А: мастэктомия Б: отмена тестостерона В: увеличение дозы тестостерона Г: назначение агонистов рецепторов дофамина **Вопрос №12** Если при повторном проведении УЗИ грудных желез возникнет подозрение на злокачественное поражение грудных желез, необходимо терапию тестостероном: А: отменить Б: продолжить с уменьшением дозы В: продолжить с увеличением дозы Г: оставить без изменения	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 7

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Мужчина 18 лет обратился к врачу-эндокринологу. **1.2. Жалобы** На слабость, недостаточно «мужественный внешний вид», нарушение восприятия запахов. **1.3. Анамнез заболевания** До 14 лет развивался нормально, затем начал постепенно отставать от сверстников в половом развитии (голос остался высоким, плечи узкими, половые органы соответствуют возрасту начала пубертата). С детского возраста отмечает нарушение восприятия запахов – при консультации оториноларинголога не выявлено анатомических нарушений носового хода. **1.4. Анамнез жизни** • Хронические заболевания отрицает; • не курит, алкоголем не злоупотребляет; • в настоящий момент обучается в колледже; • отец 40 лет, мать 38 лет, есть сестра 5 лет - все здоровы. Семейный анамнез по эндокринным заболеваниям не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 180 см, вес 79 кг, ИМТ 24,7 кг/м2. Гиноидный тип телосложения. Оволосение по женскому типу, маленькие яички, при пальпации мягкие. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 70 уд.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Для постановки диагноза при гормональном исследовании крови необходимо определить: А: гонадотропины Б: общий тестостерон В: пролактин Г: кортизол Д: ингибин В Е: паратиреоидный гормон **3. Результаты обследования** **3.1. Гонадотропины** ЛГ - 0,4 мМЕ/мл (1,7-8,6), ФСГ - 0,9 мМЕ/мл (1,5-12,4) **3.2. Общий тестостерон** 5,0 нмоль/л (12,1-33,5) **3.3. Пролактин** 122 мЕд/л (86–324) **3.4. Кортизол** 220 нмоль/л (138-640) **3.5. Ингибин В** 15,5 пг/мл (25 - 325 пг/мл) **3.6. Паратиреоидный гормон** 2,5 пг/мл (0,5-5,8) **Вопрос №2** Обязательным инструментальным методом обследования у данного пациента будет является: А: МРТ гипофиза Б: УЗИ брюшной полости В: коронарография Г: КТ надпочечников **5. Результаты инструментального метода обследования** **5.1. МРТ гипофиза** Гипофиз расположен интраселлярно, округлой формы, имеет размеры 12х7х10мм, структура его не изменена. Адено- и нейрогипофиз четко дифференцируются. Признаков образования гипофиза не выявлено.	

	5.2. УЗИ брюшной полости Печень: Контуры четкие, ровные. Размеры: левая доля 57х99 мм (по средней линии живота, норма до 60х100), правая доля 122х141 мм (по среднеключичной линии, норма до 125х145). Эхогенность обычная. Эхоструктура однородная. Сосудистый рисунок не изменен. Печеночные вены обычного диаметра, 9 мм. Желчный пузырь: Размер крупный, 64х33х30 мм; форма нормальная. Толщина стенки не увеличена, 1,5 мм. Эхогенность стенки повышенная, эхоструктура диффузно-неоднородная, с признаками холестероза. Содержимое неоднородное, с единичными сигналами крупнодисперсной взвеси. Внутрипеченочные желчные протоки: не расширены. Гепатикохоледох: не расширен. Поджелудочная железа: Контуры четкие, ровные. Размеры нормальные, головка 29 мм, тело 15 мм, хвост 25 мм. Эхогенность умеренно повышенная, эхоструктура умеренно диффузно-неоднородная. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка: Размеры 117х38 мм (норма до 120х40; эхоструктура обычная, очаговые изменения отсутствуют. Свободная жидкость в брюшной полости и полости малого таза не определяется. **5.3. Коронарография** Дуга аорты правильной конфигурации, кальцинаты не выявлены. Правая коронарная артерия контрастируется гомогенно, заполнение задней нисходящей артерии и заднелатеральной ветви контрастным препаратом хорошее. Данных за наличие бляшек, значимых. Огибающая артерия и ветвь тупого края без патологических изменений. **5.4. КТ надпочечников** Надпочечники расположены в типичном месте, обычной формы и размеров, дополнительных образований в их проекции не выявляется. **Вопрос №3** При обследовании пациента с подтвержденным гипогонадизмом, наиболее целесообразно исследовать: А: спермограмму Б: натрий крови В: кортизол слюны Г: креатинин крови **7. Результаты обследования** **7.1. Спермограмма**	

	Объем 1 мл, цвет белый, pH 7,8, концентрация сперматозоидов в эякуляте 2 млн/мл (>20), подвижность a+b18,72% (>50), морфологически нормальные формы 2% (>4%), общая подвижность 21% (>40) **7.2. Натрий крови** 139 ммоль/л (135-150) **7.3. Кортизол слюны** 3,8 нмоль/л (0,5-9,4 нмоль/л) **7.4. Креатинин крови** 73 мкмоль/л (62–115) **Вопрос №4** Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?: А: Синдром Каллмана Б: Синдром Нунан В: Синдром Клайнфельтера Г: Синдром тестикулярной феминизации **9. Диагноз** Диагноз: **9.1. Синдром Каллмана** **9.2. Синдром Нунан** **9.3. Синдром Клайнфельтера** **9.4. Синдром тестикулярной феминизации** **Вопрос №5** Ведущим синдромом у данного пациента является _____ гипогонадизм: А: гипогонадотропный Б: гипергонадотропный В: нормагонадотропный Г: смешанный **Вопрос №6** Наиболее вероятной причиной состояния данного пациента является: А: генетическая патология Б: родовая травма В: опухолевый процесс Г: аутоиммунный процесс **Вопрос №7** У данного пациента отмечается нарушение на уровне: А: гипоталамуса	

	Б: гипофиза В: гонад Г: андрогенных рецепторов **Вопрос №8** Для лечения гипогонадизма у данного пациента возможно назначение: А: гонадотропинов Б: антиэстрогенов В: дофаминомиметиков Г: глюкокортикоидов **Вопрос №9** В курсовом режиме к лечению гонадотропинами можно добавить: А: тестостерон Б: препараты кальция В: аминокислоты Г: преднизолон **Вопрос №10** При правильно подобранном и своевременном лечении возможно полное восстановление фертильности, если сохраняется чувствительность: А: рецепторов яичек к гонадотропинам Б: периферических тканей к тестостерону В: гипофиза к гонадотропинам Г: гипоталамуса к тестостерону **Вопрос №11** Первое контрольное обследование целесообразно проводить через _____ месяца/месяцев после начала терапии: А: 1-3 Б: 4-5 В: 6-8 Г: 10-12 **Вопрос №12** У пациента имеется сестра 5 лет (отец и мать общие). Девочки данным заболеванием страдают: А: реже, чем мальчики Б: никогда В: с такой же частотой, как и мальчики Г: чаще, чем мальчики	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 8

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Мужчина 42 лет обратился к врачу-эндокринологу после длительного обследования по поводу бесплодия **1.2. Жалобы** Бесплодие, снижение либидо **1.3. Анамнез заболевания** В течение последних двух лет активно пытается зачать ребенка. После исключения женского фактора бесплодия прошел обследование: выявлена олигоспермия по данным спермограммы. Полгода назад стал отмечать снижение либидо. При гормональном исследовании крови два месяца назад уровень тестостерона 8,8 нмоль/л, за 3 дня до настоящей консультации (при повторном измерении) 8,3 нмоль/л. Также исследованы уровень пролактина, ТТГ – в референсном диапазоне. **1.4. Анамнез жизни** Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголь – 100-150 г коньяка 2 раза в неделю. Работает, женат, двое детей (17 и 10 лет). Аллергических реакций не было. Родители: отец 65 лет (гипертоническая болезнь), мать 62 года (сахарный диабет 2 типа). **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 174 см, вес 72 кг, ИМТ 23,78 кг/м2. Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	ритмичные, 72 уд. в 1 мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. **Вопрос №1** Необходимым лабораторным методом исследования является определение: А: глобулина, связывающего половые гормоны Б: эстрадиола В: адренокортикотропного гормона Г: хорионического гонадотропина **3. Результаты лабораторного метода обследования** **3.1. Глобулин, связывающий половые гормоны** 60 нмоль/л (18,3 - 54,1 нмоль/л) **3.2. Эстрадиол** 55 пмоль/л (40-161) **3.3. Адренокортикотропный гормон** 1,2 нг/л (0-10,2) **3.4. Хорионический гонадотропин** 1,1 мЕД/мл (0-5) **Вопрос №2** Для определения формы гипогонадизма необходимо исследование уровня: А: гонадотропинов Б: ингибина В В: 17-ОН-прогестерона Г: андростендиона **5. Результаты обследования** **5.1. Гонадотропин** ЛГ 5,5 мМЕ/мл (1,7-8,6), ФСГ 7,7 мМЕ/мл (1,5-12,4) **5.2. Ингибин В** 36 пг/мл (25-325 пг/мл) **5.3. 17-ОН-прогестерон** 0,8 нг/мл (0,5-2,4) **5.4. Андростендион** 3.2 нмоль/л (1,8 - 11,8) **Вопрос №3** В данной ситуации для постановки диагноза необходимо рассчитать: А: свободный тестостерон Б: биологически активный тестостерон В: индекс свободных андрогенов	

	Г: соотношение ЛГ/ФСГ **7. Результаты обследования** **7.1. Свободный тестостерон** 103 пмоль/л (>243 пмоль/л) **7.2. Биологически активный тестостерон** 2,42 нмоль/л (3,68 – 15,3) **7.3. Индекс свободных андрогенов** 12,3% (14,8 – 95%) **7.4. Соотношение ЛГ/ФСГ** 0.7 (менее 2,5) **Вопрос №4** Ведущим синдромом у данного пациента, вероятнее всего, является _____ гипогонадизм: А: Смешанный Б: Первичный В: Вторичный Г: Периферический **9. Диагноз** Диагноз: **9.1. Смешанный гипогонадизм** **9.2. Первичный гипогонадизм** **9.3. Вторичный гипогонадизм** **9.4. Периферический гипогонадизм** **Вопрос №5** Наиболее вероятной причиной гипогонадизма является: А: возрастной андрогенодефицит Б: перенесенная детская инфекция В: генетическое заболевание Г: алкогольная интоксикация **Вопрос №6** Пациенту назначен хорионический гонадотропин. Рекомендуемая частота введения препарата составляет 1 раз в: А: 3 дня Б: день В: в неделю Г: 10 дней	

	Вопрос №7 Хорионический гонадотропин человека является препаратом для _____ введения: А: внутримышечного Б: внутривенного В: перорального Г: внутрикожного **Вопрос №8** Перед назначением терапии хорионическим гонадотропином необходимо исключить: А: опухоли яичек Б: туберкулез В: депрессию Г: доброкачественную гиперплазию предстательной железы **Вопрос №9** В случае отсутствия положительной динамики по данным спермограммы через год после лечения (уровень тестостерона достиг целевых значений), возможно рекомендовать: А: использование методов экстракорпорального оплодотворения Б: продолжение терапии гонадотропинами до получения положительной динамики В: добавление антиэстрогенов Г: увеличение дозы гонадотропинов **Вопрос №10** После осуществления репродуктивных планов проводят перевод на терапию тестостероном. При отсутствии противопоказаний и побочных эффектов назначение препаратов тестостерона рекомендуется: А: пожизненно Б: на 1 год В: на 3 года Г: на 5 лет **Вопрос №11** До начала лечения тестостероном необходимо оценить уровень: А: простатспецифического антигена Б: раковоэмбрионального антигена В: альфа-фетопротеина Г: хорионического гонадотропина **Вопрос №12** Снижение уровня тестостерона в среднем происходит с _____ лет: А: 30 Б: 20	

	В: 40 Г: 50	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 9

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Пациентка 23 лет. Направлена гинекологом **1.2. Жалобы** На нерегулярные менструации, избыточный рост волос на лице, избыточную массу тела. **1.3. Анамнез заболевания** Нерегулярные менструации с менархе, с максимальными задержками до 2 месяцев. Избыточный рост волос начала отмечать примерно с 15 лет, в основном над верхней губой, на нижней части подбородка. **1.4. Анамнез жизни** Хронические заболевания: отрицает. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональных вредностей не имела. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: сахарный диабет 2 типа у бабушки. Гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, mensis нерегулярные, умеренные, безболезненные. Беременности – 0. Вредные привычки отрицает. **1.5. Объективный статус** Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 172 см, вес 93 кг, ИМТ= 31,4 кг/м2. Кожа чистая, обычной влажности. Отмечается избыточный рост волос на лице, внутренней поверхности бедер, по Шкале Ферримана - 13 баллов.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Стрий нет, отеков нет. **Вопрос №1** Необходимыми для постановки диагноза являются исследования крови на: А: тестостерон общий Б: глобулин, связывающий половые гормоны В: пролактин Г: кортизол Д: эстрадиол Е: прогестерон **3. Результаты исследования крови на** **3.1. Тестостерон общий** 0,85 нг/мл (0,14-0,76) **3.2. Глобулин, связывающий половые гормоны** 35,5 нмоль/л (16,2-68,5) **3.3. Пролактин** 386,3 мЕд/л (90-540) **3.4. Кортизол** 219 нмоль/л (64-327) **3.5. Эстрадиол** 121 пмоль/л (40-161) **3.6. Прогестерон** 2,8 нмоль/л (0,41-4,81) **Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является: А: УЗИ органов малого таза Б: МРТ гипофиза В: КТ надпочечников Г: УЗИ брюшной полости **5. Результаты инструментального метода обследования** **5.1. УЗИ органов малого таза** Матка: контуры: ровные, четкие, расположение: anteflexio, размеры: длина: 5,8 см, ширина: 4,7 см, передне-задний: 3,8 см. Структура миометрия: однородная. Полость матки:	

	расширена д до 0,2 см с анэхогенным содержимым, линия М-эхо 0,6см. Толщина эндометрия: 0,4 см., структура эндометрия: однородная. Шейка матки: длина: 3,3 см, структура: без особенностей, цервикальный канал: не расширен. Правый яичник: расположен типично, размерами 4,5*3,4*1,8 см, объем 14,4 мл, структура со множественными жидкостными включениями д-м 0,4-0,6см. Левый яичник расположен типично, размерами 4,6*3,9*1,9 см, объем 17,8, структура со множественными жидкостными включениями д-м 0,4-0,6 см. Жидкость в позадиматочном пространстве: не определяется. Объемные образования яичников: не выявлены. **Заключение:** Увеличение размеров яичников, мелкокистозные изменения. **5.2. МРТ гипофиза** Гипофиз расположен эндоселлярно, размеры: передне-задний 9 мм, вертикальный – 5 мм, фронтальный – 13 мм. Доли хорошо дифференцируются. Воронка по средней линии. Расстояние до хиазмы 7 мм. Хиазма без признаков компрессии. **5.3. КТ надпочечников** Надпочечники расположены в типичном месте, обычной формы и размеров, дополнительных образований в их проекции не выявляется. **5.4. УЗИ брюшной полости** Печень: контуры четкие, ровные. Размеры: левая доля 49х92 мм (по средней линии живота, норма до 60х100), правая доля 120х135 мм (по среднеключичной линии, норма до 125х145). Эхогенность обычная. Эхоструктура однородная. Сосудистый рисунок не изменен. Печеночные вены обычного диаметра, 7 мм. Желчный пузырь: 58х31х30 мм; форма нормальная. Толщина стенки не увеличена, 1,2 мм. Эхогенность стенки повышенная, эхоструктура диффузно-неоднородная, с признаками холестероза. Содержимое неоднородное, с единичными сигналами крупнодисперсной взвеси. Внутрипеченочные желчные протоки: не расширены. Гепатикохоледох: не расширен. Поджелудочная железа: Контуры четкие, ровные. Головка 27 мм, тело 12 мм, хвост 22 мм. Эхогенность обычная, эхоструктура однородная. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка: Размеры 87х37 мм (норма до 120х40); эхоструктура обычная, эхоструктура однородная. Свободная жидкость в брюшной полости и полости малого таза не определяется. **Вопрос №3** Какой диагноз можно поставить пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?:	

	А: Синдром поликистозных яичников Б: Врожденная дисфункция коры надпочечников В: Опухоль надпочечника Г: Аденома гипофиза **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Синдром поликистозных яичников** **7.2. Врожденная дисфункция коры надпочечников** **7.3. Опухоль надпочечника** **7.4. Аденома гипофиза** **Вопрос №4** При наличии гирсутизма дифференциальную диагностику синдрома поликистозных яичников следует проводить с: А: врожденной дисфункцией коры надпочечников Б: надпочечниковой недостаточностью В: синдромом резистентных яичников Г: синдромом Шерешевского-Тернера **Вопрос №5** Для скрининга нарушения углеводного обмена необходимо провести: А: оральный глюкозотолерантный тест Б: определение кетонурии В: исследование глюкозурии Г: исследование инсулина крови натощак **Вопрос №6** При проведении ОГТТ гликемия натощак - 5,6 ммоль/л, через 120 минут после приема 75 г глюкозы - 9,1 ммоль/л. Выявленное нарушение углеводного обмена у пациентки соответствует: А: нарушению толерантности к глюкозе Б: нарушению гликемии натощак В: сахарному диабету 2 типа Г: сахарному диабету 1 типа **Вопрос №7** Первостепенным в лечении данной пациентки является: А: модификация образа жизни Б: назначение сибутрамина в комбинации с целлюлозой В: стимуляция овуляции кломифеном Г: удаление волос косметически методом фотоэпиляции **Вопрос №8** Препаратами выбора для лечения данной пациентки являются:	

	А: комбинированные оральные контрацептивы Б: препараты прогестерона В: антагонисты андрогенов Г: селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов **Вопрос №9** Препараты, содержащие _____ , не должны рассматриваться как препараты первой линии терапии СПКЯ: А: ципротерон Б: эстрогены В: гестагены Г: прогестин **Вопрос №10** Одним из комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным действием является: А: диане-35 Б: логест В: регулон Г: марвелон **Вопрос №11** В случае непереносимости комбинированных контрацептивов для лечения гирсутизма возможно назначение: А: антиандрогенов Б: дофаминомиметиков В: бигуанидов Г: антиэстрогенов **Вопрос №12** Учитывая выявленное нарушение углеводного обмена, возможно назначение: А: метформина Б: инсулина В: вилдаглиптина Г: эксенатида	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 10

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Пациент 28 лет обратился к урологу. **1.2. Жалобы** На общую слабость, снижение настроения, снижение полового влечения, умеренно выраженные боли в поясничной области. **1.3. Анамнез заболевания** В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Четыре года назад перенес травму мошонки, наблюдался у уролога. Снижение либидо отмечает в течение последнего года. Месяц назад после появления болей в поясничной области обследован у травматолога – перелом исключен. Направлен на рентгеновскую абсорбционную денситометрию: выявлено снижение минеральной плотности костной ткани в области шейки левого бедра Z-score = - 1,5 SD и правого бедра Z-score = - 1,4 SD; в поясничном отделе позвоночника - Z-score total = -2,6 SD. Уровень общего кальция и паратгормона - в референсном диапазоне. Назначена терапия бисфосфонатами. **1.4. Анамнез жизни** Хронические заболевания отрицает. Не курит, спиртные напитки не употребляет. Работает официантом, не женат. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Рост 169 см, вес 66 кг, ИМТ – 23,1 кг/м2, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 74 уд. в 1 мин, АД 105/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, узловые образования не пальпируются. **Вопрос №1** На первом этапе пациенту необходимо определение: А: общего тестостерона Б: ЛГ, ФСГ В: кариотипа Г: хорионического гонадотропина Д: ГСПГ Е: альфа-фетопротеина **3. Результаты обследования** **3.1. Общий тестостерон** 5,7 нмоль/л (12-33) **3.2. ЛГ, ФСГ** ЛГ 15,6 мМЕ/мл (1,7-8,6), ФСГ 20,3 мМЕ/мл (1,5-12,4) **3.3. Кариотип** 46ХУ (нормальный мужской кариотип, количественных и структурных изменений не обнаружено) **3.4. Хорионический гонадотропин** 1,1 мЕД/мл (0-5) **3.5. ГСПГ** 35 нмоль/л (18,3 - 54,1 нмоль/л) **3.6. Альфа-фетопротеин** 3 МЕ/мл(<10) **Вопрос №2** Из инструментальных методов обследования, пациенту необходимо провести: А: УЗИ мошонки Б: эхо-КГ В: УЗИ грудных желез Г: МРТ гипофиза **5. Результаты инструментального метода обследования** **5.1. УЗИ мошонки** В мошонке расположены оба яичка. Правое яичко: 18 мл, контуры ровные, паренхима однородная, нормальной эхогенности, объемных образований нет. Левое яичко: 15,9 мл, паренхима	

	однородная, имеется гиперэхогенное неравномерное образование с кальцификатами размерами 0,4х0,4х0,3 см (посттравматические изменения?). Придатки обычной структуры. Вены лозовидного сплетения не расширены. Жидкости в полости мошонки нет. **5.2. Эхо-КГ** Левый желудочек не увеличен. КДР 3,6 см, МЖП 0,6 см. Систолическая функция по Симпсону КДО 60 мл, ФВ 60%, VTI 22,2 см (норма >15), зон асинергии нет. Аорта: уплотнений/кальцинатов нет, не расширена. с. Вальс 2,5 см. Левое предсердие: 28 см, 12 мл/м2 (норма <35), не увеличено. Правое предсердие: объем 20 мл, 12 мл/м2 (норма <32), не увеличено. Правый желудочек не увеличен, 3,1 см (средний диаметр, в норме 1,9-3,5). Диастолическая функция ЛЖ не нарушена, Е 80 см/с, А 50 см/с, Е/А 1,6 (норма 1-2), медиально 10 см/с, латерально 11 см/с. Легочной гипертензии нет. ППВ не расширена. **Заключение:** Без патологии. **5.3. УЗИ грудных желез** Железы симметричны, кожа и подкожно-жировая клетчатка не изменены, по типу строения – жировой, железистая ткань не лоцируется. **5.4. МРТ гипофиза** Гипофиз шаровидной формы, его размеры 8х7х11мм (в пределах нормы), доли хорошо дифференцируются, сигнал в пределах одной доли однороден. Воронка в центре. Хиазма без признаков компрессии. **Вопрос №3** На основании проведенного обследования пациенту поставлен диагноз _____ гипогонадизм: А: первичный Б: смешанный В: вторичный Г: третичный **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Первичный гипогонадизм** **7.2. Смешанный гипогонадизм** **7.3. Вторичный гипогонадизм** **7.4. Третичный гипогонадизм** **Вопрос №4** По времени развития гипогонадизм относится к: А: постпубертатному Б: препубертатному	

	В: пубертатному Г: взрослому **Вопрос №5** Наиболее вероятной причиной развития гипогонадизма в данном случае является: А: травма яичек Б: синдром Клайнфельтера В: токсическое поражение яичка Г: крипторхизм **Вопрос №6** Из возможных осложнений гипогонадизма, у данного пациента развился: А: остеопороз Б: гипотония В: дисгенезия яичек Г: метаболический синдром **Вопрос №7** Данному пациенту необходимо назначить: А: терапию препаратами тестостерона Б: хорионический гонадотропин В: препарат из группы антиэстрогенов Г: рекомбинантный лютеинизирующий гормон **Вопрос №8** Обсуждены все варианты введения тестостерона, и, по желанию пациента, было принято решение о назначении _____ - трансдермального препарата тестостерона: А: андрогеля Б: омнадрена 250 В: андриола Г: небидо **Вопрос №9** При трансдермальном способе нанесения препарата тестостерона на открытые участки тела имеется риск: А: воздействия тестостерона на людей, находящихся в тесном контакте Б: фотосенсибилизации В: нефизиологической вариабельности уровня тестостерона в течение суток Г: невозможности быстрой отмены препарата при развитии побочных эффектов **Вопрос №10** Первое контрольное обследование после назначения терапии трансдермальным препаратом тестостерона рекомендовано проводить через _____ месяца: А: 1-3 Б: 3-6 В: 6-12	

	Г: 12-24 **Вопрос №11** Преимуществом трансдермального способа применения тестостерона по сравнению с пероральным является: А: избегание инактивации и метаболизма препарата в печени Б: положительное влияние на эректильную функцию В: более короткий период действия Г: возможность сочетания с ХГЧ и антиэстрогенами **Вопрос №12** У пациента до обследования имелось небольшое повышение ЛПНП и триглицеридов. Вероятнее всего терапия андрогенами повлияет на эти показатели: А: положительно Б: отрицательно В: нейтрально Г: непредсказуемо	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 11

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Мужчина 29 лет наблюдается у эндокринолога в течение последнего года по поводу ожирения. **1.2. Жалобы** На лабильность настроения, снижение либидо. **1.3. Анамнез заболевания** В детстве развивался соответственно возрасту. Избыточный вес с подросткового возраста, максимально до 120 кг (ИМТ - 39,2 кг/м2). В течение последнего года наблюдается у эндокринолога, гипотиреоз, гиперкортицизм исключены). Рекомендована гипокалорийная диета, расширение физических нагрузок. На этом фоне похудел на 18 кг. Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних 3 месяцев. **1.4. Анамнез жизни** Хронические заболевания отрицает. Курение, употребление алкоголя отрицает. Образование высшее. Работает инженером-конструктором. Аллергических реакций не было. Родители относительно здоровы (отец 52 года, мать 50 лет). **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 102 кг, ИМТ 33, 31 кг/м2, распределение подкожной жировой клетчатки по андроидному типу (ОТ 102 см). Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 82 уд.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, узловые образования не пальпируются. **Вопрос №1** Пациенту необходимо провести исследование крови для определения уровня: А: ЛГ, ФСГ Б: общего тестостерона В: пролактина Г: АКТГ Д: ИФР-1 Е: ХГЧ **3. Результаты обследования** **3.1. ЛГ, ФСГ** ЛГ 4,2 мМЕ/мл (1,7-8,6), ФСГ 7,3 мМЕ/мл (1,5-12,4) **3.2. Общий тестостерон** 7,7 нмоль/л (12-33,5) **3.3. Пролактин** 710 мЕД/л (98-456) **3.4. АКТГ** 2,1 (0-10,2) **3.5. ИФР-1** 196 нг/мл (62-280) **3.6. ХГЧ** 1,3 (<5 мЕд/мл) **Вопрос №2** Выяснилось, что гормональное исследование крови было выполнено через час после мастурбации (для исследования спермограммы). Какой показатель должен быть пересмотрен в обязательном порядке?: А: пролактин Б: тестостерон В: ЛГ Г: ФСГ **5. Результаты обследования** **5.1. Пролактин**	

	310 мЕД/л (98-456) **5.2. Тестостерон** 7,6 нмоль/л **5.3. ЛГ** 4,4 мМЕ/мл (1,7-8,6) **5.4. ФСГ** 6,3 мМЕ/мл (1,5-12,4) **Вопрос №3** При проведении пробы с кломифеном, необходимо оценить уровни: А: гонадотропинов Б: общего тестостерона В: пролактина Г: ХГЧ Д: ГСПГ Е: ДГЭА-С **7. Результаты обследования** **7.1. Уровень гонадотропина** ЛГ 6,6 мМЕ/мл (1,7-8,6), ФСГ 10,3 мМЕ/мл (1,5-12,4) **7.2. Общий тестостерон** 16,2 нмоль/л (12-33,5) **7.3. Пролактин** 387 мЕД/л (98-456) **7.4. ХГЧ** 1,3 мЕД/мл (0-5) **7.5. ГСПГ** 43 нмоль/л (18,3 - 54,1) **7.6. ДГЭА-С** 192 мкг/дл (160 - 449) **Вопрос №4** Наиболее вероятно у пациента имеется _____ гипогонадизм: А: смешанный Б: первичный В: вторичный Г: третичный **9. Диагноз** Диагноз:	

	9.1. Смешанный гипогонадизм **9.2. Первичный гипогонадизм** **9.3. Вторичный гипогонадизм** **9.4. Третичный гипогонадизм** **Вопрос №5** Ведущей причиной развития гипогонадизма у данного пациента является: А: ожирение Б: гиперпролактинемия В: старение Г: генетическое заболевание **Вопрос №6** Механизм развития гипогонадизма обусловлен: А: усилением ароматизации андрогенов в эстрогены Б: нарушением синтеза тестостерона вследствие дефектов ферментных систем, ответчающих за биосинтез стероидов В: генетическим дефектом Г: дефицитом гонадотропин-релизинг гормона **Вопрос №7** Ведущая немедикаментозная рекомендация заключается в: А: снижении массы тела Б: отказе от курения В: отказе от алкоголя Г: удлинении времени сна **Вопрос №8** Учитывая результаты пробы, рекомендовано назначение кломифена в дозе _____ мг в день: А: 50-100 Б: 150-200 В: 20-40 Г: 300-500 **Вопрос №9** Фармакологическое действие кломифена в данном случае преимущественно характеризуется как: А: антиэстрогенное Б: гестагенное В: андрогенное Г: антиандрогенное **Вопрос №10** Также к терапии возможно добавление: А: хорионического гонадотропина	

	Б: тамоксифена В: гидроксипрогестерона капроат Г: флутамида **Вопрос №11** Терапия антиэстрогенами назначается курсами на _____ мес.: А: 3-6 Б: 1-2 В: 7-8 Г: 9-12 **Вопрос №12** Для диагностики первичного и вторичного гипогонадизма возможно проведение пробы с: А: хорионическим гонадотропином Б: тетракозактидом В: нагрузкой глюкозой Г: тестостероном	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 12

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** Пациент 28 лет обратился к урологу. **1.2. Жалобы** На общую слабость, снижение настроения, снижение полового влечения, умеренно выраженные боли в поясничной области. **1.3. Анамнез заболевания** В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Четыре года назад перенес травму мошонки, наблюдался у уролога. Снижение либидо отмечает в течение последнего года. Месяц назад после появления болей в поясничной области обследован у травматолога – перелом исключен. Направлен на рентгеновскую абсорбционную денситометрию: выявлено снижение минеральной плотности костной ткани в области шейки левого бедра Z-score = - 1,5 SD и правого бедра Z-score = - 1,4 SD; в поясничном отделе позвоночника - Z-score total = -2,6 SD. Уровень общего кальция и паратгормона - в референсном диапазоне. Назначена терапия бисфосфонатами. **1.4. Анамнез жизни** Хронические заболевания отрицает. Не курит, спиртные напитки не употребляет. Работает официантом, не женат. Аллергический анамнез не отягощен. **1.5. Объективный статус** Общее состояние удовлетворительное. Рост 169 см, вес 66 кг, ИМТ – 23,1 кг/м2, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

	везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 74 уд. в 1 мин, АД 105/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, узловые образования не пальпируются. **Вопрос №1** На первом этапе пациенту необходимо определение: А: общего тестостерона Б: ЛГ, ФСГ В: кариотипа Г: хорионического гонадотропина Д: ГСПГ Е: альфа-фетопротеина **3. Результаты обследования** **3.1. Общий тестостерон** 5,7 нмоль/л (12-33) **3.2. ЛГ, ФСГ** ЛГ 15,6 мМЕ/мл (1,7-8,6), ФСГ 20,3 мМЕ/мл (1,5-12,4) **3.3. Кариотип** 46ХУ (нормальный мужской кариотип, количественных и структурных изменений не обнаружено) **3.4. Хорионический гонадотропин** 1,1 мЕД/мл (0-5) **3.5. ГСПГ** 35 нмоль/л (18,3 - 54,1 нмоль/л) **3.6. Альфа-фетопротеин** 3 МЕ/мл(<10) **Вопрос №2** Из инструментальных методов обследования, пациенту необходимо провести: А: УЗИ мошонки Б: эхо-КГ В: УЗИ грудных желез Г: МРТ гипофиза **5. Результаты инструментального метода обследования** **5.1. УЗИ мошонки**	

	В мошонке расположены оба яичка. Правое яичко: 18 мл, контуры ровные, паренхима однородная, нормальной эхогенности, объемных образований нет. Левое яичко: 15,9 мл, паренхима однородная, имеется гиперэхогенное неравномерное образование с кальцификатами размерами 0,4х0,4х0,3см (посттравматические изменения?). Придатки обычной структуры. Вены лозовидного сплетения не расширены. Жидкости в полости мошонки нет. **5.2. Эхо-КГ** Левый желудочек не увеличен. КДР 3,6 см, МЖП 0,6 см. Систолическая функция по Симпсону КДО 60 мл, ФВ 60%, VTI 22,2 см (норма >15), зон асинергии нет. Аорта: уплотнений/кальцинатов нет, не расширена. с. Вальс 2,5 см. Левое предсердие: 28 см, 12 мл/м2 (норма <35), не увеличено. Правое предсердие: объем 20 мл, 12 мл/м2 (норма <32), не увеличено. Правый желудочек не увеличен, 3,1 см (средний диаметр, в норме 1,9-3,5). Диастолическая функция ЛЖ не нарушена, Е 80 см/с, А 50 см/с, Е/А 1,6 (норма 1-2), медиально 10 см/с, латерально 11 см/с. Легочной гипертензии нет. ППВ не расширена. **Заключение:** Без патологии. **5.3. УЗИ грудных желез** Железы симметричны, кожа и подкожно-жировая клетчатка не изменены, по типу строения – жировой, железистая ткань не лоцируется. **5.4. МРТ гипофиза** Гипофиз шаровидной формы, его размеры 8х7х11мм (в пределах нормы), доли хорошо дифференцируются, сигнал в пределах одной доли однороден. Воронка в центре. Хиазма без признаков компрессии. **Вопрос №3** На основании проведенного обследования пациенту поставлен диагноз _____ гипогонадизм: А: Первичный Б: Смешанный В: Вторичный Г: Третичный **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Первичный гипогонадизм** **7.2. Смешанный гипогонадизм** **7.3. Вторичный гипогонадизм** **7.4. Третичный гипогонадизм**	

	Вопрос №4 По времени развития гипогонадизм относится к: А: постпубертатному Б: препубертатному В: пубертатному Г: взрослому **Вопрос №5** Наиболее вероятой причиной развития гипогонадизма в данном случае является: А: травма яичек Б: синдром Клайнфельтера В: токсическое поражение яичка Г: крипторхизм **Вопрос №6** Из возможных осложнений гипогонадизма, у данного пациента развился: А: остеопороз Б: гипотония В: дисгенезия яичек Г: метаболический синдром **Вопрос №7** Данному пациенту необходимо назначить: А: терапию препаратами тестостерона Б: хорионический гонадотропин В: препарат из группы антиэстрогенов Г: рекомбинантный лютеинизирующий гормон **Вопрос №8** Пациенту назначен с его согласия парентеральный препарат: А: Небидо Б: Андрогель В: Андриол Г: Кломифен **Вопрос №9** Препарат Небидо вводится внутримышечно каждые _____ недель/недели: А: 10-14 Б: 2-3 В: 4-6 Г: 8-10 **Вопрос №10** Для оценки эффективности терапии необходимо определение концентрации общего тестостерона и гонадотропинов в сыворотке крови: А: перед очередной инъекцией	

	Б: через 10 дней после очередной инъекции В: независимо от инъекции Г: через 3 дня после очередной инъекции **Вопрос №11** Абсолютным противопоказанием к назначению андрогенотерапии является: А: рак предстательной железы Б: артериальная гипертензия В: акне Г: гинекомастия **Вопрос №12** Причиной гипогонадизма, обусловленного резистентностью органов-мишеней, является: А: дефицит 5а-редуктазы Б: синдром Клайнфельтера В: позднее начало лечения крипторхизма Г: метаболический синдром	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 13

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 38 лет. **1.2. Жалобы** на • на периодически беспокоящую сухость во рту, • кожный зуд, • мелькание «мушек» перед глазами. **1.3. Анамнез заболевания** • В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд. • Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает менеджером. • В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг. • В 16 лет установлен диагноз «сахарный диабет 1 типа», получает инсулин гларгин 32 Ед в сутки, инсулин аспарт по 8-10 Ед на основные приемы пищи, самоконтроль гликемии нерегулярный, последний визит к врачу-эндокринологу более года назад. • Перенесённые заболевания и операции: аппендэктомия в детстве. • Беременности – 1, роды –1 (масса тела ребенка при рождении – 3800 г). • Наследственность: у отца инфаркт миокарда. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: курит.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

- Питание включает продукты с большим количеством легкоусваиваемых углеводов, подсчет ХЕ не проводит.

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, масса тела – 51 кг, индекс массы тела – 16,8 кг/м2, температура тела – 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Осмотр нижних конечностей: кожа чистая, сухая, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон, чувствительность не снижена.

Вопрос №1 Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются:

А: биохимический анализ крови
Б: определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)
В: бактериологическое исследование крови
Г: анализ мочи на суточную глюкозурию
Д: бактериологическое исследование мочи
Е: коагулограмма

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Биохимический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Общий белок, г/л	74,3	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	14,5	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	6,3	2,5–6,4
Общий холестерин, ммоль/л	4,4	0,0-5,3

Креатинин, мкмоль/л	71	58,0-96,0
CKD-EPI, мл/мин/1,73 м2	93,1	
АСТ, Ед/л	14	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	17	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	8,6	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	4,7	3,4-5,3

3.2. Определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)
Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 8,1%.
3.3. Бактериологическое исследование крови
Роста флоры не отмечено.
3.4. Анализ мочи на суточную глюкозурию
Глюкоза, суточная экскреция – 5,4 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).
3.5. Бактериологическое исследование мочи
Роста флоры не отмечено.
3.6. Коагулограмма

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0 %

Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек
АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0 %
Протеин С	115,8	70,0-140,0 %

Вопрос №2 Необходимо провести инструментальные методы обследования :
А: офтальмоскопию при расширенном зрачке
Б: электрокардиографию
В: электронейромиографию
Г: компьютерную томографию орбит
Д: эхокардиографию

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Офтальмоскопия при расширенном зрачке

OU – на глазном дне множественные микроаневризмы, интравитреальные кровоизлияния, макулярный отек, неоваскуляризация диска зрительного нерва.

5.2. Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС – 76 в минуту, нормальное положение ЭОС .

5.3. Электронейромиография

По данным электронейромиографии скорость распространения возбуждения по нерву в пределах нормы, амплитуда и концевая латенция в норме. Патологии со стороны двигательных волокон исследованных нервов не выявлено.

5.4. Компьютерная томография орбит

Костно-деструктивных изменений со стороны орбит не выявлено. Структуры орбит хорошо дифференцируются. Глазодвигательные мышцы не утолщены. Зрительные нервы симметричные. Ретробульбарная клетчатка не уплотнена, хорошо дифференцируется.

5.5. Эхокардиография

Размеры камер сердца, толщина миокарда, локальная и глобальная сократимости миокарда желудочков в норме. ФВ – 60%. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка не выявлена. Корень аорты и ее восходящий отдел нормальных размеров. Стенки аорты не уплотнены. Клапанный аппарат: митральный клапан: створки тонкие, движутся дискордантно; аортальный клапан: створки тонкие, раскрыты в систолу 1,9 см (норма). Признаков легочной гипертензии нет (23 мм рт.ст.). Листки перикарда не уплотнены.

Вопрос №3 Пациентке необходимо оценить:

А: альбуминурию
Б: общий анализ мочи
В: коагулограмму
Г: суточную глюкозурию
Д: анализ мочи по Нечипоренко

7. Результаты дополнительных методов обследования

7.1. Альбуминурия

10 мг/г

7.2. Общий анализ мочи

Показатель	**Результат**	**Нормы**
цвет	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (PH)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное

Белок	отрицательно	отрицательно
Глюкоза	3 ммоль/л	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно
Билирубин	отрицательно	отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	отсутствуют
Соли	отсутствуют	отсутствуют
Слизь	отсутствует	незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	отсутствуют

7.3. Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0 %
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек
АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0 %
Протеин С	115,8	70,0-140,0 %

7.4. Суточная глюкозурия

Глюкоза, суточная экскреция – 5,4 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

7.5. Анализ мочи по Нечипоренко

Лейкоцитурия – 200/мл (норма до 2000/мл).
Эритроцитурия – 0/мл (норма до 1000/мл).

	Вопрос №4 С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место : А: пролиферативная диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек OU Б: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU В: непролиферативная диабетическая ретинопатия с макулопатией OU Г: непролиферативная диабетическая ретинопатия OU **9. Диагноз** Диагноз: **9.1. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек OU** **9.2. Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU** **9.3. Непролиферативная диабетическая ретинопатия с макулопатией OU** **9.4. Непролиферативная диабетическая ретинопатия OU** **Вопрос №5** Рекомендации по изменению образа жизни включают: А: общее потребление белков, жиров и углеводов, не отличающееся от такового у здорового человека Б: высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю) В: питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю) Г: питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю) **Вопрос №6** Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ % : А: 7,0 Б: 6,0 В: 7,5 Г: 6,5 **Вопрос №7** Для компенсации углеводного обмена пациентке показано обучение в школе Диабета и: А: самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, интенсифицированная инсулинотерапия Б: самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, дробная инсулинотерапия	

	В: самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, инсулинотерапия, метформин Г: коррекция стандартных доз инсулинотерапии, питание с ограничением углеводов **Вопрос №8** Для лечения диабетической ретинопатии показано : А: проведение лазеркоагуляции сетчатки Б: проведение витрэктомии В: проведение витрэктомии с эндолазеркоагуляцией Г: назначение сулодексида **Вопрос №9** Пациентке с диабетическим макулярным отеком может быть показана терапия: А: ранибезумабом Б: инфликсимабом В: этанерцептом Г: метотрексатом **Вопрос №10** Необходим повторный контроль *HbA1c* через _____ (в месяцах) : А: 3 Б: 1 В: 9 Г: 12 **Вопрос №11** Проверка техники и осмотр мест введения инсулина должны проводиться не реже 1 раза в _____ месяцев: А: 6 Б: 8 В: 10 Г: 12 **Вопрос №12** Применение антиоксидантов и витаминов при диабетической ретинопатии: А: не рекомендуется Б: показано курсами 2 раза в год В: рекомендовано только после проведения ЛКС Г: необходимо при отказе пациента от ЛКС	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 14

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 72 лет. **1.2. Жалобы** на • отеки на ногах, • одышку при обычной физической нагрузке, • на сухость во рту. **1.3. Анамнез заболевания** • Несколько месяцев назад появилась одышка при ходьбе в обычном темпе, тогда же заметила отеки на ногах в области лодыжек. • В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Пенсионерка. • Перенесённые заболевания, операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия в 42 года), периодически повышение артериального давления, максимально до 175 и 105 мм.рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает. • Наследственность: у отца сахарный диабет 2 типа. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: отрицает. • Часто употребляет конфеты, торты, хлебобулочные изделия. **1.5. Объективный статус**	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 164 см, масса тела – 76 кг, индекс массы тела – 28,1 кг/м2, температура тела – 36,2°С. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, плотные отёки голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 158/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: биохимический анализ крови
Б: клинический анализ крови
В: общий анализ мочи
Г: суточное мониторирование уровня глюкозы
Д: анализ мочи на суточную глюкозурию
Е: коагулограмма

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Биохимический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Общий белок, г/л	72,1	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	9,4	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	4,2	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	6,3	0,0-5,3
Креатинин, мкмоль/л	74	58,0-96,0
CKD-EPI, мл/мин/1,73 м2	70	>90
АСТ, Ед/л	11,7	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	7,6	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	8,3	3,5-6,1
Железо , мкмоль/л	14,6	11,6-31,3

3.2. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	8,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

3.3. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
цвет	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (РН)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное
Микроальбумин	120	0-30 мг/г
Глюкоза	6 ммоль/л	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно
Билирубин	отрицательно	отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	отсутствуют
Соли	отсутствуют	отсутствуют
Слизь	отсутствует	незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	отсутствуют

3.4. Суточное мониторирование уровня глюкозы

Отмечается колебание суточной гликемии от 7,6 до 15,5 ммоль/л.

3.5. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 6,6 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

3.6. Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек
АЧТВ	27,5	26.4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0 %
Протеин С	115,8	70,0-140,0 %

Вопрос №2 Какое дополнительное исследование необходимо провести?:

А: гликированный гемоглобин (HbA1c)

Б: бактериологическое исследование крови

В: фруктозамин

Г: антитела к бета-клеткам поджелудочной железы

5. Результаты дополнительного обследования

5.1. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликированный гемоглобин – 9,1%.

5.2. Бактериологическое исследование крови

Рост флоры не обнаружен

5.3. Фруктозамин

Фруктозамин – 240 мкмоль/л (норма 205 - 285 мкмоль/л).

5.4. Антитела к бета-клеткам поджелудочной железы

Антитела к бета-клеткам поджелудочной железы – 0 (< 1:4 – отрицательно).

Вопрос №3 Инструментальными исследованиями, которые необходимо провести пациентке, являются:

	А: электрокардиография Б: эхокардиография В: рентгенография органов грудной клетки Г: суточное мониторирование артериального давления Д: коронароангиография **7. Результаты инструментальных методов обследования** **7.1. Электрокардиография** Ритм синусовый. ЧСС – 86 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. **7.2. Эхокардиография** Зон гипокинеза нет. ФВ – 55 %. Диастолическая дисфункция по 1 типу. Признаков легочной гипертензии нет. Легкая митральная и трикуспидальная регургитация. Листки перикарда не уплотнены. **7.3. Рентгенография органов грудной клетки** На представленной рентгенограмме легких в прямой и боковой проекциях – в легких без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны, не расширены. Контуры диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Тень сердца без особенностей. Видимые мягкие ткани и костно-суставная система без особенностей. **7.4. Суточное мониторирование артериального давления** Артериальное давление в течение суток колебалось от 140/90 мм рт.ст. в дневное время до 170/100 мм рт.ст. в ночное время. **7.5. Коронароангиография** Тип кровоснабжения левого желудочка: сбалансированный. Гемодинамически значимых стенозов не выявлено. **Вопрос №4** На основании клинико-анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз: А: Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек 2, А2. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4. Хроническая сердечная недостаточность IIА ст., ФК II Б: Сахарный диабет 1 типа. Гиперлипидемия. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4. Хроническая сердечная недостаточность IIА ст., ФК II В: Сахарный диабет 2 типа. Микроальбуминурия. Гиперлипидемия. Ожирение 1 ст. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4. Хроническая сердечная недостаточность IIБ ст., ФК II	

Г: Нарушение гликемии натощак. Хроническая болезнь почек. Гиперлипидемия. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 3. Хроническая сердечная недостаточность I ст., ФК I

9. Диагноз

Диагноз:

9.1. Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек 2, А2. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4. Хроническая сердечная недостаточность IIА ст., ФК II

9.2. Сахарный диабет 1 типа. Гиперлипидемия. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4. Хроническая сердечная недостаточность IIА ст., ФК II

9.3. Сахарный диабет 2 типа. Микроальбуминурия. Гиперлипидемия. Ожирение 1 ст. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 4. Хроническая сердечная недостаточность IIБ ст., ФК II

9.4. Нарушение гликемии натощак. Хроническая болезнь почек. Гиперлипидемия. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 3. Хроническая сердечная недостаточность I ст., ФК I

Вопрос №5 Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ % :

А: 7,5
Б: 7,0
В: 8,0
Г: 6,5

Вопрос №6 В качестве сахароснижающей терапии показано назначение :

А: метформина и эмпаглифлозина
Б: метформина и глибенкламида
В: акарбозы и глибенкламида
Г: метформина и саксаглиптина

Вопрос №7 Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев:

А: 3
Б: 2
В: 9
Г: 12

Вопрос №8 Пациентке необходимо рекомендовать проводить контроль глюкозы капиллярной крови _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю:

	А: 1 раз в сутки в разное время Б: 2 раза в сутки утром и вечером В: перед каждым приемом пищи Г: 1 раз в неделю натощак **Вопрос №9** Для лечения сопутствующей патологии показано назначение : А: лизиноприла, бисопролола, гипотиазида и розувастатина Б: моксонидина, анаприлина, гипотиазида и розувостатина В: метопролола, торасемида, фенофибрата и лизиноприла Г: верапамила, бисопролола, колестирамина и аспирина **Вопрос №10** При обследовании через 6 месяцев уровень HbA1c составил 8,4%. Пациентке показано назначение : А: саксаглиптина Б: пиоглитазона В: инсулина ультракороткого действия Г: глибенкламида **Вопрос №11** Медикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме: А: метформина Б: тиазолидиндионов В: витамина Д Г: ингибиторов дипептидилпептидазы-4 **Вопрос №12** Немедикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в: А: снижении массы тела и увеличении физической активности Б: высокобелковом питании без легкоусвояемых углеводов В: средиземноморской диете Г: вегетарианской диете	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 15

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 58 лет. **1.2. Жалобы** на • сухость во рту, • жажду. **1.3. Анамнез заболевания** • В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и жажда. • К врачу с подобными жалобами обратилась впервые. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает медсестрой. • В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 5 кг. • 6 лет назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., назначен Валсартан в дозе 180 мг). • Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия в детстве. • Беременности – 2, роды – 2 (вес детей при рождении 3500 г и 4100 г). • Наследственность: у матери мерцательная тахиаритмия, ишемический инсульт в 63 года. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: курит. • Часто употребляет конфеты и газированные напитки. **1.5. Объективный статус**	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 167 см, масса тела – 71 кг, индекс массы тела – 25,4 кг/м2, температура тела – 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 74 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: глюкоза плазмы натощак
Б: гликированный гемоглобин (HbA1c)
В: суточное мониторирование уровня глюкозы
Г: анализ мочи на суточную глюкозурию
Д: клинический анализ крови
Е: коагулограмма

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Общий белок, г/л	74,3	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	14,5	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	6,3	2,5–6,4
Общий холестерин, ммоль/л	6,4	0,0-5,3
Холестерин ЛНП, ммоль/л	2,8	<2,6
Креатинин, мкмоль/л	121	58,0-96,0
CKD-EPI	42 мл/мин/ 1,73 м2	
АСТ, Ед/л	14	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	17	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	8,1	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	4,7	3,4-5,3

3.2. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 7,8%.

3.3. Суточное мониторирование уровня глюкозы

Отмечается колебание суточной гликемии от 7,5 до 11,7 ммоль/л.

3.4. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 3,9 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

3.5. Клинический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	8,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	4	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	28	19-37
Моноциты, %	2	2-10

СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

3.6. Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек
АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0%
Протеин С	115,8	70,0-140,0%

Вопрос №2 Предполагаемый основной диагноз:

А: Сахарный диабет 2 типа

Б: Сахарный диабет 1 типа

В: Нарушение толерантности к глюкозе

Г: Нарушение гликемии натощак

Вопрос №3 Для уточнения стадии поражения почек необходимо :

А: оценить соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи

Б: провести дуплексное ультразвуковое исследование почек и почечных сосудов

В: провести экскреторную урографию с урографином

Г: провести ангиографию почечных сосудов с магневистом

6. Результаты дополнительных методов обследования

6.1. Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи

Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи – 260 мг/г.

6.2. Дуплексное ультразвуковое исследование почек и почечных сосудов
Стенки абдоминального отдела аорты не утолщены. Кровоток в аорте на уровне верхней брыжеечной артерии магистральный. Линейная скорость кровотока – 120 см/сек. Диаметр аорты в инфраренальном отделе – 1,8 см, в терминальном отделе – 1,5 см. В режиме цветового картирования сосудистый рисунок почек не обеднен, представлен венозным и артериальным компонентом. Диаметр устья правой почечной артерии – 5,5 мм, левой почечной артерии – 5,5 мм. Диаметр почечных артерий в области ворот не сужен. Линейная скорость кровотока на уровне устьев почечных артерий и ворот почек не изменена.

6.3. Экскреторная урография с урографином
На обзорной рентгенограмме области почек и мочевыводящих путей тени конкрементов не определяются. После введения контрастного вещества справа и слева стандартно на 7 минуте функция удовлетворительная, контрастирование без особенностей, соответствует смешанному типу. Контуры fornix calycis ровные, четкие. Просветы малых чашечек и шеек без особенностей. Уродинамика в пределах нормы. Размеры почек обычные, контуры ровные. Мочеточники обычного расположения, формы, размеров, контрастированы на всем протяжении. На 15 минуте в мочевом пузыре достаточное количество контрастного вещества, он обычного расположения, формы, размеров, контуры его ровные, четкие.

6.4. Ангиография почечных сосудов с магневистом
Брюшная аорта имеет нормальный ход и ветвление. Почечные артерии, отходящие от аорты в типичном месте по одной с каждой стороны, имеют нормальный ход и деление, четкие и ровные контуры, диаметр их по кровотоку не изменен

Вопрос №4 С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек:

А: С3б, А2
Б: С2, А1
В: С3а, А3
Г: С4, А3

Вопрос №5 У пациентки присутствует следующая сопутствующая патология:

А: Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.
Б: Артериальная гипертензия 1 ст, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.

	В: Артериальная гипертензия 2 ст, высокий сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени. Г: Артериальная гипертензия 2 ст, низкий сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени. **Вопрос №6** Рекомендации по изменению образа жизни включают: А: низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела Б: высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела В: питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела Г: питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела **Вопрос №7** Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ % : А: 7,5 Б: 6,0 В: 7,0 Г: 5,5 **Вопрос №8** В качестве сахароснижающей терапии следует назначить : А: лираглутид Б: глибенкламид В: инсулин короткого действия Г: нателинид **Вопрос №9** Для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано назначение : А: индапамида, аторвастатина, валсартана Б: моксонидина, бисопролола, гипотиазида В: метопролола, торасемида, фенофибрата Г: верапамила, бисопролола, колестирамина	

	Вопрос №10 Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев: А: 3 Б: 2 В: 9 Г: 12 **Вопрос №11** Оценка альбуминурии/протеинурии у больного с сахарным диабетом и хронической болезнью почек С3 должна проводится 1 раз в ____ месяца/месяцев: А: 6 Б: 3 В: 12 Г: 9 **Вопрос №12** У пациентки на додиализных стадиях ХБП необходим контроль уровня витамина: А: Д Б: К В: Е Г: А	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 16

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** К врачу-терапевту участковому обратился пациент 50 лет. **1.2. Жалобы** на • периодически беспокоящую сухость во рту, • онемение и жжение в стопах. **1.3. Анамнез заболевания** • в течение полугода беспокоят онемение и жжение в стопах, • накануне обращения появилась боль в правой ноге при ходьбе более 300 м. **1.4. Анамнез жизни** • Рос и развивался нормально. • Работает строителем. • Около 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает пероральную сахароснижающую терапию (метформин 2000 мг в сутки, алоглиптин 25 мг в сутки). Мониторинг гликированного гемоглобина и биохимического анализа крови проводился более года назад. • Около года отмечается повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает. • Перенесённые заболевания: простудные. • Наследственность: у деда сахарный диабет 2 типа. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: курение.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

- Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, масса тела – 105 кг, индекс массы тела – 33,5 кг/м2, температура тела – 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект 0,5×0,5 см без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и болевая чувствительность правой стопы. ЛПИ-0,8.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: гликированный гемоглобин (HbA1c)
Б: биохимический анализ крови
В: бактериологическое исследование отделяемого раны
Г: суточное мониторирование уровня глюкозы
Д: анализ мочи на суточную глюкозурию
Е: коагулограмма

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 9,3%.

3.2. Биохимический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Общий белок, г/л	**74,3**	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	**14,5**	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	**6,1**	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	**7,5**	0,0-5,3
ЛПНП, ммоль/л	**5,9**	2,3-5,1

ЛПВП, ммоль/л	**0,6**	0,72-1,63
Триглицериды, ммоль/л	**4,2**	0,65-3,61
Креатинин, мкмоль/л	**85**	58,0-96,0
CKD-EPI	**91,6 мл/мин/1,73 м2**	
АСТ, Ед/л	**21**	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	**28**	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	**8,8**	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	**4,5**	3,4-5,3

3.3. Бактериологическое исследование отделяемого раны

Выявлен рост S.aureus 104 КОЕ/мл.

3.4. Суточное мониторирование уровня глюкозы

Отмечается колебание суточной гликемии от 8,8 до 17,3 ммоль/л.

3.5. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 6,9 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

3.6. Коагулограмма

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Агрегация тромбоцитов	**67,0**	25,0-70,0 %
МНО	**1,00**	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	**11,5**	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	**100,0**	70,0-120,0 %
Протромбиновый показатель	**112,0**	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	**19,6**	14,0-21,0 сек
АЧТВ	**27,5**	26,4-37,5 сек
Фибриноген	**2,10**	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	**7**	5-12 мин
Антитромбин III	**110,5**	79,4-112,0 %
Протеин С	**115,8**	70,0-140,0 %

	Вопрос №2 Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования: А: ультразвуковая допплерография нижних конечностей Б: рентгенография стоп В: эхокардиография с допплерографией Г: рентгенография грудной клетки Д: магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника **5. Результаты инструментальных методов обследования** **5.1. Ультразвуковая допплерография нижних конечностей** Атеросклероз артерий нижних конечностей со стенооклюзирующим поражением, стеноз передней большеберцовой артерии до 70%, кровоток магистральный измененный. **5.2. Рентгенография стоп** Костно-деструктивных изменений не выявлено. **5.3. Эхокардиография с допплерографией** Размеры камер сердца, толщина миокарда, локальная и глобальная сократимость миокарда желудочков в норме. ФВ – 60%. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка не выявлена. Корень аорты и ее восходящий отдел нормальных размеров. Стенки аорты не уплотнены. Клапанный аппарат: митральный клапан: створки тонкие, движутся дискордантно; аортальный клапан: створки тонкие, раскрыты в систолу 1,9 см (норма). Признаков легочной гипертензии нет (23 мм рт.ст.). Листки перикарда не уплотнены. **5.4. Рентгенография грудной клетки** На представленной рентгенограмме легких в прямой и боковой проекциях – в легких без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны, не расширены. Контуры диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Сердечная тень обычной конфигурации. Видимые мягкие ткани и костно-суставная система без особенностей. **5.5. Магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника** Аномалий в поясничном отделе позвоночника, признаков компрессии соответствующих нервов не обнаружено. **Вопрос №3** Предполагаемый основной диагноз - это: А: Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы	

	Б: Сахарный диабет 2 типа. Синдром диабетической стопы, нейропатическая форма. Диабетическая остеоартропатия, острая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы В: Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, ишемическая форма. Трофическая язва IV пальца правой стопы Г: Сахарный диабет 2 типа. Острая ишемия нижних конечностей. Диабетическая ангиопатия. Диабетическая полинейропатия. Трофическая язва IV пальца правой стопы **7. Диагноз** Диагноз: **7.1. Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы** **7.2. Сахарный диабет 2 типа. Синдром диабетической стопы, нейропатическая форма. Диабетическая остеоартропатия, острая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы** **7.3. Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, ишемическая форма. Трофическая язва IV пальца правой стопы** **7.4. Сахарный диабет 2 типа. Острая ишемия нижних конечностей. Диабетическая ангиопатия. Диабетическая полинейропатия. Трофическая язва IV пальца правой стопы** **Вопрос №4** Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ % : А: 7,5 Б: 7,0 В: 8,0 Г: 6,5 **Вопрос №5** Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?: А: Артериальная гипертензия 2 степени., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени. Б: Артериальная гипертензия 1 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.	

	В: Артериальная гипертензия 2 степени., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени. Г: Артериальная гипертензия 2 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени. **Вопрос №6** Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают : А: отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ношение разгрузочного башмака Б: уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, питание с исключением углеводов и высоким содержанием белка, ношение разгрузочного башмака В: отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, умеренные аэробные физические нагрузки не менее 150 минут в неделю (бег, плавание) Г: уменьшение количества выкуриваемых сигарет, питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю) **Вопрос №7** Для коррекции сахароснижающей терапии необходимо: А: добавить базальный инсулин Б: увеличить дозу алоглиптина В: заменить метформин на пиоглитазон Г: добавить акарбозу **Вопрос №8** Пациенту с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы показаны: А: обработка раны и консультация сосудистого хирурга Б: мазевые повязки, противомикробная терапия и озонотерапия В: антибиотикотерапия и консультация хирурга-ортопеда Г: анальгетики, ампутация правой ноги на уровне нижней трети голени **Вопрос №9** Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев: А: 3 Б: 9 В: 12 Г: 2 **Вопрос №10** Через 6 месяцев после интенсификации сахароснижающей терапии у пациента уровень HbA1c составил 9,0 % . Пациенту необходимо : А: отменить алоглиптин, интенсифицировать и оптимизировать инсулинотерапию	

	Б: назначить антибактериальный препарат, оставив прежнюю сахароснижающую терапию В: добавить инсулин короткого действия перед каждым приемом пищи Г: отменить всю пероральную сахароснижающую терапию, назначить базис-болюсную инсулинотерапию **Вопрос №11** Профилактика образования язвенных дефектов в области стопы заключается в : А: регулярном посещении кабинета диабетической стопы Б: регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра В: посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок Г: регулярных горячих ножных ваннах с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками **Вопрос №12** У пациента с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии необходимо осматривать места инъекции инсулина не реже 1 раза в _____ месяцев : А: 6 Б: 8 В: 10 Г: 12	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 17

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 42 лет. **1.2. Жалобы** на • сухость во рту, • жажду, • частое мочеиспускание. **1.3. Анамнез заболевания** В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает воспитателем в детском саду. • Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия 16 лет назад. • Беременности – 3, роды – 3 (масса тела детей при рождении 3400 г, 3600 и 4700 г). • Наследственность: у матери – сахарный диабет. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: отрицает. • Часто употребляет мучные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки. **1.5. Объективный статус** Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 168 см, масса тела – 79 кг, индекс массы тела – 28,2 кг/м2, температура тела – 36,4°С. Кожные	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 125/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: глюкоза плазмы натощак
Б: гликированный гемоглобин (HbA1c)
В: общий анализ мочи
Г: анализ мочи на суточную глюкозурию
Д: клинический анализ крови
Е: коагулограмма

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза, ммоль/л	7,4	3,5-6,1

3.2. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 7,3%.

3.3. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (PH)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное
Белок	отрицательно	отрицательно
Глюкоза	10 ммоль/л	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно
Билирубин	отрицательно	отрицательно

Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	отсутствуют
Соли	отсутствуют	отсутствуют
Слизь	отсутствует	незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	отсутствуют

3.4. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 5,6 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

3.5. Клинический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	8,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

3.6. Коагулограмма

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек
АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0 %

Протеин С	115,8	70,0-140,0 %

Вопрос №2 Предполагаемый основной диагноз:

А: Сахарный диабет 2 типа

Б: Сахарный диабет 1 типа

В: Нарушение толерантности к глюкозе

Г: Нарушение гликемии натощак

5. Диагноз

Диагноз:

5.1. Сахарный диабет 2 типа

5.2. Сахарный диабет 1 типа

5.3. Нарушение толерантности к глюкозе

5.4. Нарушение гликемии натощак

Вопрос №3 После установки диагноза необходимо провести:

А: определение альбуминурии

Б: непрерывное мониторирование уровня глюкозы в течение суток

В: анализ мочи на суточную глюкозурию

Г: определение N-концевого пропептида натрийуретического гормона В-типа

7. Результаты дополнительных методов обследования

7.1. Альбуминурия

Альбумин мочи – 20 мг/г.

7.2. Непрерывное мониторирование уровня глюкозы в течение суток

Отмечается колебание суточной гликемии от 5,6 до 11,7 ммоль/л.

7.3. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 4,5 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

7.4. N-концевой пропептид натрийуретического гормона В-типа

N-концевой пропептид натрийуретического гормона В-типа – 64 пг/мл (норма >125 пг/мл).

Вопрос №4 Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела:

А: низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Б: высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

	В: питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю) Г: питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю) **Вопрос №5** Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ % : А: 6,5 Б: 7,0 В: 7,5 Г: 6,0 **Вопрос №6** В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается : А: метформин Б: глибенкламид В: акарбоза Г: вилдаглиптин **Вопрос №7** Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев: А: 3 Б: 2 В: 9 Г: 12 **Вопрос №8** Пациентке необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови _____ и проводить гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) 1 раз в неделю: А: 1 раз в сутки в разное время Б: 2 раза в сутки утром и вечером В: перед каждым приемом пищи Г: 1 раз в неделю натощак **Вопрос №9** Через 6 месяцев у пациентки уровень HbA1c 7,1% на монотерапии метформином в дозе 2000 мг. Вы порекомендуете : А: добавить к метформину ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа Б: продолжить терапию в прежнем режиме, исследовать HbA1c через 3 месяца В: увеличить дозу метформина Г: отменить метформин и назначить препараты сульфонилмочевины	

	Вопрос №10 Целевой уровень холестерина ЛНП для данной пациентки составляет < _____ ммоль/л: А: 2,5 Б: 1,8 В: 1,4 Г: 4,5 **Вопрос №11** Контролировать клинический анализ крови у больных с сахарным диабетом 2 типа без осложнений необходимо ____ раз/раза в год: А: 1 Б: 2 В: 3 Г: 4 **Вопрос №12** Целевые цифры артериального давления у больных с сахарным диабетом без хронической болезни почек составляют для систолического АД _____ мм рт.ст., для диастолического АД _____ мм рт.ст. : А: ≥120 и <130; ≥70 и <80 Б: ≥130 и <140; ≥70 и <85 В: ≥110 и <135; ≥60 и <90 Г: ≥120 и <140; ≥75 и <90	

Ректор _____ И. О. Прохоренко

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 18

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 53 лет. **1.2. Жалобы** на • на периодически беспокоящую сухость во рту, • кожный зуд, • мелькание «мушек» перед глазами. **1.3. Анамнез заболевания** • В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд. • Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально. • Работает менеджером. • В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг. • Около 2 лет установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., назначен лозартан в дозе 100 мг). • Перенесённые заболевания: простудные. • Беременности – 1, роды – 1 (масса тела ребенка при рождении – 4200 г). • Наследственность: у отца инфаркт миокарда. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: курит. • Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 164 см, масса тела – 98 кг, индекс массы тела – 36,5 кг/м2, температура тела – 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: глюкоза плазмы натощак
Б: гликированный гемоглобин (HbA1c)
В: суточное мониторирование уровня глюкозы
Г: анализ мочи на суточную глюкозурию
Д: бактериологический анализ крови
Е: коагулограмма

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Общий белок, г/л	**74,3**	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	**14,5**	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	**6,3**	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	**6,4**	0,0-5,3
Креатинин, мкмоль/л	**71**	58,0-96,0
CKD-EPI, мл/мин/1,73 м2	**93,1**	

АСТ, Ед/л	**14**	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	**17**	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	**8,9**	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	**4,7**	3,4-5,3

3.2. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 8,4%.

3.3. Суточное мониторирование уровня глюкозы

Отмечается колебание суточной гликемии от 8,1 до 14,4 ммоль/л.

3.4. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 4,9 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

3.5. Бактериологический анализ крови

Роста флоры не отмечено.

3.6. Коагулограмма

Показатель	**Результат**	**Норма, ед.измерения**
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0 %
Протромбиновый показа-тель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек

АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая актив-ность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0 %
Протеин С	115,8	70,0-140,0 %

Вопрос №2 Какой предполагаемый основной диагноз?:
А: Сахарный диабет 2 типа
Б: Сахарный диабет 1 типа
В: Нарушение толерантности к глюкозе
Г: Нарушение гликемии натощак

5. Диагноз

Диагноз:

5.1. Сахарный диабет 2 типа

5.2. Сахарный диабет 1 типа

5.3. Нарушение толерантности к глюкозе

5.4. Нарушение гликемии натощак

Вопрос №3 Пациентке необходимо провести дополнительные методы обследования :
А: офтальмоскопию при расширенном зрачке
Б: анализ мочи на альбуминурию
В: экзофтальмометрию глаз
Г: экскреторную урографию с урографином
Д: ангиографию почечных сосудов с магневистом
Е: компьютерную томографию орбит

7. Результаты дополнительных методов обследования

7.1. Офтальмоскопия при расширенном зрачке

OU – на глазном дне множественные микроаневризмы, мелкие кровоизлияния, отек сетчатки по периферии, множественные твердые и мягкие экссудаты.

7.2. Анализ мочи на альбуминурию

	10 мг/г. **7.3. Экзофтальмометрия глаз** Выстояние глаз OU 15 мм. **7.4. Экскреторная урография с урографином** На обзорной рентгенограмме области почек и мочевыводящих путей тени конкременты не определяются. После введения контрастного вещества справа и слева стандартно на 7 минуте функция удовлетворительная, контрастирование без особенностей, соответствует смешанному типу. Контуры fornix calycis ровные, четкие. Просветы малых чашечек и шеек без особенностей. Уродинамика в пределах нормы. Размеры почек обычные, контуры ровные. Мочеточники обычного расположения, формы, размеров, контрастированы на всем протяжении. На 15 минуте в мочевом пузыре достаточное количество контрастного вещества, он обычного расположения, формы, размеров, контуры его ровные, четкие. **7.5. Ангиография почечных сосудов с магневистом** Брюшная аорта имеет нормальный ход и ветвление. Почечные артерии, отходящие от аорты в типичном месте по одной с каждой стороны, имеют нормальный ход и деление, четкие и ровные контуры, диаметр их по кровотоку не изменен. **7.6. Компьютерная томография орбит** При компьютерной томографии орбит костно-деструктивных изменений не выявлено, глазное яблоко выстоит на 13 мм от межскуловой линии, глазодвигательные мышцы не увеличены, ретробульбарная клетчатка без особенностей. Ход зрительных нервов не изменен. Объемных образований орбиты не выявлено. **Вопрос №4** С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место : А: непролиферативная диабетическая ретинопатия OU Б: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU В: препролиферативная диабетическая ретинопатия с макулопатией OU Г: пролиферативная диабетическая ретинопатия OU **Вопрос №5** У пациентки из сопутствующей патологии присутствуют: А: Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст. Б: Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела. В: Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.	

	Г: Артериальная гипертензия 2 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 ст. **Вопрос №6** В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить : А: метформин и дапаглифлозин Б: монотерапию метформином В: монотерапию вилдаглиптином Г: алоглиптин и лираглутид **Вопрос №7** Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < ____ % : А: 7,0 Б: 6,0 В: 7,5 Г: 5,5 **Вопрос №8** Для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано назначение : А: аторвастатина, лозартана, индапамида Б: моксонидина, бисопролола и гипотиазида В: фуросемида, анаприлина, актовегина Г: верапамила, бисопролола и колестирамина **Вопрос №9** Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев: А: 3 Б: 2 В: 9 Г: 12 **Вопрос №10** Через 6 месяцев после начала терапии у пациентки выявлен острый цистит, HbA1c 7,0 % . Пациентке необходимо : А: оставить прежнюю сахароснижающую терапию Б: отменить дапаглифлозин В: отменить метформин Г: перевести на базис-болюсную инсулинотерапию **Вопрос №11** Оценка креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации у больного сахарным диабетом 2 типа должна проводиться не реже 1 раза в ____ месяца/месяцев: А: 12	

	Б: 18 В: 24 Г: 36 **Вопрос №12** Профилактика прогрессирования диабетической ретинопатии у данной пациентки заключается в достижении уровня гликированного гемоглобина менее ____ %: А: 7 Б: 6,5 В: 7,5 Г: 8	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 19

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** На приёме у врача-терапевта участкового пациент 43 лет. **1.2. Жалобы** на • сухость во рту,; • жажду; • избыточный вес. **1.3. Анамнез заболевания** Около 3-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, с подросткового возраста имеет избыточную массу тела. **1.4. Анамнез жизни** • Рос и развивался нормально. • Работает системным администратором. • Перенесённые заболевания: 2 года назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления максимально до 175 и 105 мм рт.ст.), получает эналаприл 10 мг в сутки. • Наследственность: у отца – ожирение и сахарный диабет 2 типа. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: курит. • Питается нерегулярно, любит и часто употребляет фастфуд. **1.5. Объективный статус** Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 176 см, масса тела – 113 кг, индекс массы тела – 36,5 кг/м2, температура тела – 36,3°С. Кожные	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 128/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

А: глюкоза плазмы натощак
Б: гликированный гемоглобин (HbA1c)
В: общий анализ мочи
Г: анализ мочи на суточную глюкозурию
Д: клинический анализ крови
Е: коагулограмма

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Глюкоза плазмы натощак

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза, ммоль/л	7,2	3,5-6,1

3.2. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 7,1%.

3.3. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (PH)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное
Белок	отрицательно	отрицательно
Глюкоза	42 ммоль/л	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно
Билирубин	отрицательно	отрицательно

Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	отсутствуют
Соли	отсутствуют	отсутствуют
Слизь	отсутствует	незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	отсутствуют

3.4. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 4,2 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

3.5. Клинический анализ крови

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	8,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	29	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

3.6. Коагулограмма

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Агрегация тромбоцитов	**67,0**	25,0-70,0 %
МНО	**1,00**	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	**11,5**	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	**100,0**	70,0-120,0 %
Протромбиновый показатель	**112,0**	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	**19,6**	14,0-21,0 сек

АЧТВ	**27,5**	26,4-37,5 сек
Фибриноген	**2,10**	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	**7**	5-12 мин
Антитромбин III	**110,5**	79,4-112,0 %
Протеин С	**115,8**	70,0-140,0 %

Вопрос №2 Какой предполагаемый основной диагноз?:

А: Сахарный диабет 2 типа

Б: Сахарный диабет 1 типа

В: Нарушение толерантности к глюкозе

Г: Нарушение гликемии натощак

5. Диагноз

Диагноз:

5.1. Сахарный диабет 2 типа

5.2. Сахарный диабет 1 типа

5.3. Нарушение толерантности к глюкозе

5.4. Нарушение гликемии натощак

Вопрос №3 Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?:

А: Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 ст.

Б: Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела.

В: Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 3 ст.

Г: Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст.

Вопрос №4 Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и:

	А: низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю) Б: высокобелковую диету с ограничением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю) В: питание с исключением углеводов и высоким содержанием белка, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю) Г: питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю) **Вопрос №5** Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < _____ % : А: 6,5 Б: 6,0 В: 7,0 Г: 7,5 **Вопрос №6** В качестве приоритетного препарата сахароснижающей терапии необходимо назначить : А: лираглутид Б: актрапид В: глибенкламид Г: репаглинид **Вопрос №7** Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев: А: 3 Б: 2 В: 9 Г: 12 **Вопрос №8** Пациенту необходимо проводить самоконтроль гликемии _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю: А: 1 раз в сутки в разное время Б: 2 раза в сутки утром и вечером В: перед каждым приемом пищи Г: 1 раз в неделю натощак **Вопрос №9** Для лечения артериальной гипертензии к эналаприлу целесообразно добавить: А: гидрохлортиазид	

	Б: бисопролол В: торасемид Г: моксонидин **Вопрос №10** Для диагностики наличия диабетической нефропатии пациенту необходимо: А: оценить альбуминурию Б: провести дуплексное ультразвуковое исследование сосудов почек В: провести экскреторную урографию Г: провести пробу Зимницкого **Вопрос №11** Данному пациенту рекомендовано проведение самоконтроля артериального давления: А: 2-3 раза в день Б: 1 раз в месяц В: 2-3 раза в неделю Г: 1 раз в 3 месяца **Вопрос №12** Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерны ____ на глазном дне: А: микроаневризмы, мелкие интраретинальные кровоизлияния, твердые и мягкие экссудативные очаги Б: венозные аномалии, интраретинальные микрососудистые аномалии, крупные ретинальные геморрагии В: неоваскуляризация диска зрительного нерва, ретинальные и преретинальные кровоизлияния Г: неоваскуляризация различных отделов сетчатки, интравитриальные кровоизлияния, образование фиброзной ткани	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
Государственная итоговая аттестация по специальности
31.08.53 Эндокринология
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
III этап: Итоговое собеседование
Ситуационная задача № 20

Показатели	Предмет контроля	Метод контроля/ Содержание основных операций
УК-1 **ОПК-4-7** **ПК-1,2**	**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ** **1.1. Ситуация** На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 68 лет. **1.2. Жалобы** на периодически возникающую сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание. **1.3. Анамнез заболевания** • Страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет; • 3 года назад перенесла ОКС, установлен стент. **1.4. Анамнез жизни** • Росла и развивалась нормально • Пенсионерка • В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 4 кг • 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 170/105 мм рт ст), 3 года назад перенесла ОКС, установлен стент в правой коронарной артерии. Получает эналаприл 10 мг, гипотиазид 12,5 мг, аторвастатин 10 мг • Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад • Беременности – 2, роды – 1. • Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 69 лет, у отца – сахарный диабет 2 типа. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: отрицает. **1.5. Объективный статус**	Оценка профессиональной ситуации. Правильный выбор тактики действий.

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,58 м, вес 67 кг, индекс массы тела 26,8 кг/м2, t тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Вопрос №1 К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

А: глюкозу крови
Б: гликированный гемоглобин (HbA1c)
В: суточное мониторирование уровня глюкозы
Г: анализ мочи на суточную глюкозурию
Д: клинический анализ крови
Е: коагулограмму

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Глюкоза крови

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза, ммоль/л	8,4	3,5-6,1

3.2. Гликированный гемоглобин (HbA1c)

8.6%

3.3. Суточное мониторирование уровня глюкозы

Отмечается колебание суточной гликемии от 8,1 до 13,6 ммоль/л

3.4. Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 6,7 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

3.5. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *1012/л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140

Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37.0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *109/л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *109/л	8,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	5	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	27	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	6	м. 2-10 ж. 2-15

3.6. Коагулограмма

Показатель	**Результат**	**Нормы**
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%

Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21.0 сек
АЧТВ	27,5	26.4-37.5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112.0%
Протеин С	115,8	70,0-140,0

Вопрос №2 Предполагаемым основным диагнозом пациентки является:

А: Сахарный диабет 2 типа

Б: Сахарный диабет 1 типа

В: Нарушение толерантности к глюкозе

Г: Нарушение гликемии натощак

5. Диагноз

Диагноз:

5.1. Сахарный диабет 2 типа

5.2. Сахарный диабет 1 типа

5.3. Нарушение толерантности к глюкозе

5.4. Нарушение гликемии натощак

Вопрос №3 У пациентки СКФ – 41 мл/мин/1,73 кв.м (CKD-Epi). Для уточнения стадии поражения почек необходимо:

А: оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи

Б: сделать дуплексное ультразвуковое исследование почек и почечных сосудов

В: оценить результаты анализа мочи по Зимницкому

Г: провести ангиографию почечных сосудов с магневистом

7. Результаты обследования

7.1. Альбумин-креатининовое соотношение в утренней порции мочи

285 мг/г

7.2. Дуплексное ультразвуковое исследование почек и почечных сосудов

Ультразвуковых признаков патологических изменений не выявлено

7.3. Анализ мочи по Зимницкому

- 1020.

	• 1018. • 1010. • 1022. • 1008. • 1011. • 1010. • 1010. • 1015 **7.4. Ангиография почечных сосудов** Патологических изменений и сужений почечных артерий не выявлено **Вопрос №4** С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место: А: Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С3б, А2 Б: Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2, А1 В: Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С3а, А3 Г: Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С4, А3 **Вопрос №5** У пациентки уровень общего холестерина 7.1 ммоль/л. Сопутствующей патологией является: А: ишемическая болезнь сердца. Состояние после стентирования правой коронарной артерии. Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела Б: ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела В: ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени Г: ишемическая болезнь сердца. Состояние после стентирования правой коронарной артерии. Артериальная гипертензия 2 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени **Вопрос №6** Рекомендации по изменению образа жизни включают: А: низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг идеальной массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела	

	Б: высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела В: питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела Г: питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела **Вопрос №7** Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < ____ %: А: 8,0 Б: 7,0 В: 7,5 Г: 6,5 **Вопрос №8** В качестве сахароснижающей терапии можно рекомендовать: А: монотерапию метформином Б: монотерапию гларгином В: глимепирид и пиоглитазон Г: метформин и глибенкламид **Вопрос №9** У пациентки холестерин ЛНП 2,6 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано: А: увеличение дозы аторвастатина Б: назначение плазмафереза В: добавление фенофибрата Г: назначение колестирамина **Вопрос №10** Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах): А: 6 Б: 1 В: 9 Г: 12 **Вопрос №11** Оценка альбуминурии/протеинурии у данной пациентки должна проводиться 1 раз в (в месяцах) : А: 12	

	Б: 3 В: 9 Г: 6 **Вопрос №12** Осмотр ног пациентов с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться: А: при каждом посещении врача Б: 1 раза в год или реже при отсутствии жалоб В: только при наличии жалоб на боли в ногах Г: только при снижении скорости кровотока по данным дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей	
Ректор _____ И. О. Прохоренко		

4.4. КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ЭТАПОВ ГИА

4.4.1. Критерии оценки I этапа «Аттестационное тестирование»:

- 0-69% **Неудовлетворительно**
- 70-80% **Удовлетворительно**
- 81-90% **Хорошо**
- 91-100% **Отлично**

4.4.2. Критерии оценки II этапа «Уровень практической подготовки»:

- Оценка «**отлично**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
- Оценка «**хорошо**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.
- Оценка «**удовлетворительно**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, в основном сформированы, но теоретические знания освоены частично.
- Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках освоения образовательной программы, не сформированы и теоретическое содержание не освоено.

4.4.3. Критерии оценки III этапа «Итоговое собеседование»

- оценки "**отлично**" заслуживает выпускник ординатуры, показавший всестороннее, и глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; освоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации;
- оценки "**хорошо**" заслуживает выпускник ординатуры, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, освоивший основную литературу, знающий нормативные документы;
- оценки "**удовлетворительно**" заслуживает выпускник ординатуры, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой. Как правило, оценка "удовлетворительно" выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения;
- оценка "**неудовлетворительно**" выставляется выпускнику ординатуры, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.

4.5. ИТОГОВЫЙ РЕЗУЛЬТАТ СДАЧИ ГИА

Итоговый результат ГИА определяется оценками "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно", исходя из комплексной оценки сдачи всех этапов государственной итоговой аттестации.

Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение ГИА.