

Для первичной недостаточности коры надпочечников характерно все, кроме:

- гипогликемии
- повышения кортизола при проведении пробы с АКТГ (синактеном)
- отсутствия повышения кортизола при проведении пробы с АКТГ (синактеном)
- гиперкалиемии

При проведении гормональных исследований для первичной надпочечниковой недостаточности характерно все, кроме:

- снижения уровня кортизола в крови
- снижения уровня альдостерона в крови
- повышения уровня АКТГ в крови
- снижения уровня АКТГ в крови

При дифференциальной диагностике первичного и вторичного гипокортицизма используется все выше перечисленное, кроме:

- пробы с депо-синактеном
- пробы Лабхарта
- уровня АКТГ
- пробы Лидла

Третичная надпочечниковая недостаточность обусловлена:

- снижением секреции кортиколиберина гипоталамусом
- врожденным дефектом в биосинтезе альдостерона
- повышением секреции кортиколиберина гипоталамусом
- первично сниженной секрецией АКТГ, не зависящей от секреции кортиколиберина

Первичный гипокортицизм сочетается со всеми болезнями, кроме:

- сахарного диабета
- гипотиреоза
- болезни Иценко-Кушинга
- гипопаратиреоза

Для больных с хронической надпочечниковой недостаточностью характерно все, кроме:

- повышения аппетита
- сильной слабости
- потемнения кожи
- тошноты, рвоты

Для аддисонического криза характерно все, кроме:

- коллапса
- острой сердечно-сосудистой недостаточности
- отеки
- дегидратации

Для клиники вторичного гипокортицизма характерно все, кроме:

- клинических признаков недостаточности гонадотропинов
- астении
- наличия гиперпигментации
- клинических признаков недостаточности ТТГ

К третичной недостаточности надпочечников приводит все, кроме:

- опухоли гипоталамуса
- нейроинфекции с нарушением секреции кортиколиберина
- травматического поражения гипоталамуса

- тотальной адреналэктомии

Лабораторными признаками надпочечниковой недостаточности являются все, кроме:

- гиперкалиемии
- эозинофилии
- гипокалиемии
- гипонатриемии

Лечение легкой формы первичной надпочечниковой недостаточности включает в себя все, кроме:

- диеты бедной солями калия
- диеты богатой солями калия
- хлорида натрия до 10,0 в сутки
- анаболических стероидных гормонов

При средней и тяжелой надпочечниковой недостаточности назначают все, кроме:

- диеты с ограничением солей калия
- глюкокортикоидов и минералокортикоидов
- гипотензивной терапии
- анаболических стероидных гормонов

В лечении аддисонического криза используют все, кроме:

- физиологический раствор
- гидрокортизон
- панангин
- ДОКСА

К этиологическим факторам первичной надпочечниковой недостаточности относятся все, кроме:

- туберкулеза
- аутоиммунного поражения коры надпочечников
- кровоизлияния в гипофиз
- амилоидоза

Острая надпочечниковая недостаточность развивается при всех состояниях, кроме:

- интоксикаций
- острых инфекций
- неадекватной терапии заболевания
- передозировки кортикостероидов

Развитие гипогликемии у больных с хронической надпочечниковой недостаточностью обусловлено всем, кроме:

- снижением секреции альдостерона
- снижением секреции кортизола
- уменьшением глюконеогенеза
- уменьшением запаса гликогена в печени

Патоморфологические изменения при острой надпочечниковой недостаточности в зависимости от этиопатогенетической формы характеризуются всем, кроме:

- обширных кровоизлияний надпочечников
- травматического поражения надпочечников
- опухоли мозгового вещества надпочечника
- геморрагического некроза в надпочечниках

Причинами вторичной хронической надпочечниковой недостаточности являются все, кроме:

- опухоли гипоталамуса
- синдрома Шихана
- кровоизлияния в гипофиз
- тромбоза кавернозного синуса

Избыток минералокортикоидов вызывает все симптомы, кроме:

- головные боли
- понижение артериального давления
- отеки
- гипокалиемический алкалоз

Острая надпочечниковая недостаточность имеет клинические формы все, кроме:

- сердечно-сосудистой формы
- легочной формы
- желудочно-кишечной формы
- нервно-психической формы

У больных, перенесших тотальную адреналэктомию, может развиваться синдром:

- синдром Иценко-Кушинга
- ДВС-синдром
- синдром Нельсона
- синдром Шихана

Для клиники хронической надпочечниковой недостаточности характерно все, кроме:

- гипергликемии
- пристрастия к соленой пище
- мышечной слабости
- гиперпигментации кожи и слизистых оболочек

Для первичной надпочечниковой недостаточности характерно наличие:

- снижение кортизола + снижение АКТГ
- снижение АКТГ + повышение кортизола
- снижение АКТГ + нормальный уровень кортизола
- снижение кортизола + повышение АКТГ

Для замещения выраженной минералокортикоидной недостаточности используется:

- гидрокортизон
- преднизолон
- флудрокортизон
- кортизон

Глюкокортикоидом короткой продолжительности действия не является:

- кортизон
- преднизолон
- гидрокортизон
- дексаметазон

Минералокортикоидной активностью не обладает:

- дексаметазон
- преднизолон
- гидрокортизон
- кортизон

Диагноз острой надпочечниковой недостаточности основывается на:

- определении уровня кортизола крови
- определении уровня кортизола мочи
- клинике и определении уровня К, Na
- определении уровня АКТГ

Секреция альдостерона усиливается при непосредственном влиянии на его рецепторы:

- ангиотензина - 2
- ренина
- дезоксикортикостерона
- прогестерона

Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики:

- гипоталамического синдрома и синдрома Иценко-Кушинга
- ожирения и болезни Иценко-Кушинга
- нормы и синдрома Иценко-Кушинга
- болезни и синдрома Иценко-Кушинга

Какой из препаратов не относится к глюкокортикоидам

- флудрокортизон
- гидрокортизон
- преднизолон
- кортизона ацетат

Наиболее частая причина первичного гипотиреоза?

- АИТ.
- ДТЗ.
- эндемический зоб.
- подострый тиреоидит.

Что не характерно для гипотиреоидной комы?

- гипергликемия.
- гипотермия.
- брадикардия.
- гипотония.

Для субклинического гипотиреоза характерно?

- повышение ТТГ и нормальный свТ4.
- снижение свТ4 и повышение ТТГ.
- снижение ТТГ и снижение свТ4.
- повышение ТТГ и повышение свТ4.

Для первичного манифестного гипотиреоза характерно?

- повышение ТТГ и снижение свТ4.
- повышение ТТГ и нормальный свТ4.
- повышение ТТГ и повышение свТ4.
- снижение ТТГ и снижение свТ4.

При гипотиреозе не характерно?

- лейкоцитоз.
- анемия.
- снижение СКФ.
- гиперлипидемия в крови.

Суточная доза Левотироксина при манифестном гипотиреозе составляет?

- 1,6-1,8 мкг/кг.
- 2-4 мкг/кг.
- 1-2 мкг/кг.
- 1,2-1,4 мкг/кг.

Для вторичного гипотиреоза характерно?

- повышение ТТГ и повышение свТ4.
- повышение ТТГ и нормальный свТ4.
- повышение ТТГ и снижение свТ4.
- снижение ТТГ и снижение свТ4.

Наиболее частая причина вторичного гипотиреоза?

- аденома гипофиза.
- синдром Шихана.
- лимфоцитарный гипофизит.
- приём оральных контрацептивов.

Для тиреоидита Хашимото характерно ?

- наличие антител к ТПО и тиреоглобулину.
- наличие антител к рецепторам ТТГ.
- наличие антинуклеарных антител.
- повышение мочевой кислоты.

При гипотиреоидной коме показано:

- в\в введение левотироксина.
- срочная операция.
- консультация психотерапевта.
- в\в введения препаратов железа.

К кожным проявления гипотиреоза не относится:

- опоясывающий лишай.
- сухость кожных покровов.
- алопеция.
- витилиго.

Осложнение со стороны опорно-двигательной системы характерное для гипотиреоза:

- остеопороз.
- миастения.
- перелом плечевой кости.
- синовит коленного сустава.

Клинические симптомы не характерные для гипотиреоидной комы:

- полиурия, тахикардия, птоз верхнего века.
- гипотензия (шок), брадикардия, отсутствие сознания.
- снижение частоты дыхания, низкое пульсовое давление.
- выраженная гипотермия, перенаполнение мочевого пузыря, задержка мочи.

Третичный гипотиреоз обусловлен:

- поражением гипоталамуса.
- поражением гипофиза.
- поражением щитовидной железы.
- причина не изучена.

Патогенез первичного гипотиреоза обусловлен:

- уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы с торможением синтеза тиреоидных гормонов
- уменьшением секреции ТТГ
- уменьшением синтеза тиролиберина
- увеличением массы железистой ткани щитовидной железы

Патогенез периферического гипотиреоза обусловлен всем перечисленным, кроме:

- уменьшения секреции ТТГ.
- нарушения в периферических тканях конверсии тироксина в трийодтиронин.
- появления в крови антител к тиреоидным гормонам.
- уменьшения ядерных рецепторов к тиреоидным гормонам.

Больные с первичным гипотиреозом предъявляют все перечисленные жалобы, кроме:

- потливость.
- сонливость.
- вялость.
- зябкость.

Клиническая симптоматика гипотиреоза при осмотре больного характеризуется всем перечисленным, кроме:

- снижение массы тела.
- отечности век, губ, кистей, стоп и т.д.
- медлительности, заторможенности, сонливости.
- сухой бледной кожи с желтоватым оттенком, холодной на ощупь.

Сердечно-сосудистые нарушения при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме:

- увеличения минутного и систолического объема крови.
- развития атеросклероза, ИБС.
- гидроперикарда.
- брадикардии.

Нарушение органов дыхания при гипотиреозе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- дыхания Куссмауля.
- склонности к острым респираторным заболеваниям.
- склонности к развитию очаговых пневмоний.
- затрудненного носового дыхания.

Нарушения состояния желудочно-кишечного тракта при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме:

- диареи.
- запоров.
- гипо- и ахлоргидрии.
- метеоризма.

При первичном гипотиреозе у женщин нарушения функции половых желез проявляются всем перечисленным, кроме:

- гипопролактинемии.
- галактореи.
- бесплодия.
- аменореи.

Развитию гипотиреоидной комы способствует все перечисленное, кроме:

- передозировки тиреоидных препаратов.
- физических травм, стрессовых ситуаций.
- хирургических вмешательств, применения наркоза.
- отмены тиреоидных препаратов.

Для гипотиреоза характерны все следующие изменения на ЭКГ, кроме:

- трепетания предсердий
- снижения интервала S-T ниже изоэлектрической линии
- инверсии зубца T
- брадикардии.

Передозировка тиреоидных препаратов проявляется всем перечисленным, кроме:

- сухости кожных покровов.
- тахикардии, боли в области сердца.
- уменьшения массы тела.
- повышения артериального давления.

Критериями компенсации гипотиреоза являются все перечисленные, кроме:

- тахикардия, снижение массы тела.
- нормализации пульса.
- нормализации базального уровня ТТГ, Т4.
- нормализации продолжительности сухожильного рефлекса.

Прогноз при гипотиреозе у детей зависит от всего перечисленного, кроме:

- уровня базального ТТГ.
- своевременности диагностики.
- своевременного лечения.
- степени тяжести гипотиреоза и наличия осложнений

Трудовой прогноз больных с гипотиреозом зависит.

- от степени тяжести гипотиреоза.
- от механизма происхождения (первичный, вторичный, третичный).
- от дозировки тиреоидных препаратов.
- от уровня холестерина, основного обмена.

Течение беременности при гипотиреозе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- нормального течения беременности.
- многоводия.
- рождения мертвого плода.
- частых выкидышей.

Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

- гипергликемия и гиперосмолярность
- гиперосмолярность и лактоацидоз
- лактоацидоз и гипернатриемия
- кетоацидоз и гипергликемия

При кетоацидотической коме дыхание:

- редкое, поверхностное
- частое, глубокое
- глубокое, редкое, шумное
- частое, поверхностное

Метаболическими признаками гиперосмолярной комы являются:

- гипернатриемия и кетоацидоз
- кетоацидоз и гипергликемия
- гипергликемия и гиперосмолярность
- гиперосмолярность и ацидоз

Основным провоцирующим фактором развития диабетической кетоацидотической комы при сахарном диабете 1-го типа является:

- потеря организмом жидкости
- прием метформина
- неадекватная инсулинотерапия
- физическая нагрузка

Лечение кетоацидотической комы следует начинать с внутривенного введения:

- строфантина
- изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
- солей кальция
- норадреналина

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

- усиление полиурии
- кетоацидоз
- лактацидоз
- агранулоцитоз

Больному с кетоацидотической комой в течение первого часа следует ввести 0,9% раствор хлорида натрия в количестве:

- 500 мл
- 1000 мл
- 2500 мл
- 4000 мл

Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего:

- в миокарде
- в периферической нервной системе
- в центральной нервной системе
- в гепатоцитах

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

- бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, с целью борьбы с ацидозом
- начинающийся отек мозга
- снижение рН крови ниже 7,0
- сопутствующий лактоцидоз

Перечислите возможные причины гипогликемии:

- в рационе большое количество хлебных единиц
- недостаточная доза инсулина
- прием алкоголя
- недостаточная физическая нагрузка

Что не относится к признакам гипогликемии

- внезапное чувство голода
- затруднения концентрации внимания
- потливость
- жажда

В течение кетоацидотической комы выделяют 3 периода:

- кетоацидоз (кетоз), прекома, собственно кома
- ацидоз, гиперосмолярная прекома, кома.
- прекома, лактоацидоз, кома.
- кетоз, алкалоз, прекома.

Основные принципы лечения кетоацидоза

- инсулинотерапия, дезинтоксикация.
- диетотерапия, восстановление электролитных нарушений.
- выведение лактата, регидратация.
- инсулинотерапия, восстановление электролитных нарушений, регидратация, коррекция ацидоза.

Оптимальная скорость снижения гликемии в час, при кетоацидозе

- 1-1,5 ммоль/л
- более 6 ммоль/л
- 10 ммоль/л и более,
- не более 4 ммоль/л

Какая кома характеризуется признаками: предвестники в виде ощущения голода, дрожи, потливости, нормальное, иногда замедленное дыхание, влажная кожа с нормальным тургором, нормальный или повышенный тонус глазных яблок, зрачки расширены:

- ~гиперкетонемическая
- =гипогликемическая
- ~гиперосмолярная
- ~гиперлактацидемическая

Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда красно-розовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта:

- кетоацидотическая
- гипогликемическая
- гиперосмолярная
- гиперлактацидемическая

При кетоацидотической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах:

- алкоголя
- аммиака
- ацетона
- нет запаха

Неотложная помощь при легкой гипогликемии в пожилом возрасте:

- ввести глюкагон
- напоить сладким чаем
- инсулин внутривенно
- в/в введение глюкозы 40%

Сроки развития гиперосмолярной комы.

- в течение 10-15 дней
- в течение нескольких часов,
- мгновенно
- в течение месяца.

Особенности клинического течения гиперосмолярной комы

- дыхание Куссмауля,
- запах ацетона,
- выраженная агрессивность
- выраженная сухость кожных покровов и слизистых оболочек.

Уровень гликемии при гиперосмолярной коме.

- до 10 ммоль/л,
- 10-20 ммоль/л,
- более 30 ммоль/л,
- 3,3-5,5 ммоль/л.

Скорость регидратации при гиперосмолярной коме в первый час

- 300 мл
- 500 мл
- 2-2,5 л
- 1-1,5 л

Особенности инсулинотерапии при гиперосмолярной коме

- используется режим больших доз.
- инсулин не вводится совсем.
- более 10ЕД болюсно, струйно.
- инсулин в начале инфузионной терапии совсем не вводится или вводят в малых дозах.

Восстановление КЩС при лактоацидотической коме

- введение бикарбоната натрия в больших дозах.
- введение инсулина в режиме малых доз.
- введение раствора хлорида натрия.
- ИВЛ, введение бикарбоната натрия в малых дозах.

Эффективный метод удаления лактата

- гемодиализ,
- введение гепарина п/к.
- форсированный диурез.
- применение сорбентов.

Нейрогликопенический синдром включает в себя:

- тремор, повышение АД.
- тахикардия, бледность, потливость,
- чувство тревоги, снижение АД.
- чувство голода, неадекватность поведения, снижение физической работоспособности.

Темп развития гипогликемической комы

- в течение 10 часов,
- постепенное (3-4 дня)
- в течение 10-12 дней
- быстрое, несколько минут.

Купирование тяжелого гипогликемического состояния

- 2-3Ед инсулина п/к.
- раствор натрия хлорид, в/в кап.
- 5% глюкоза 10 мл в/м
- 40% глюкоза в количестве от 20-100мл в/в струйно.

Уровень рН и бикарбонатов при гипогликемических состояниях

- снижены,
- умеренно снижены,
- резко снижены.
- в норме.

Основным критерием ожирения по определению ВОЗ является:

- ИМТ более 25
- ИМТ более 34,9
- ИМТ более или равен 30
- ИМТ более 35,0

Нормальное содержание жира в организме женщины и мужчины составляет соответственно:

- 30-33% и 20-25%
- 20-25% и 12-20%
- 15-20% и 10-15%
- 33-35% и 25-30%

При 3 степени ожирения терапией выбора является:

- назначение мочегонных и слабительных средств
- диетотерапия и физические нагрузки
- назначение анорексигенных средств
- бариатрическая хирургия

Основное действие сибутрамина заключается в:

- ингибирование обратного захвата норадреналина и дофамина с подавлением аппетита
- ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина, воздействие на центры насыщения и термогенеза в гипоталамусе
- ингибирование панкреатической липазы со снижением всасывания жира
- стимуляция альфа- и бета-адренорецепторов с выработкой норадреналина

Диагноз гиперпролактинемия ставят при 3-кратно обнаруженном повышении пролактина выше:

- 500 мМЕ/л
- 300 мМЕ/л
- 1000 мМЕ/л
- 1500 мМЕ/л

Самым первым признаком у женщин гиперпролактинемии чаще всего является:

- выделение молозива из молочных желёз
- снижение полового влечения
- нарушение менструального цикла
- акне и гирсутизм

Недостаток какого гормона может привести к гиперпролактинемии?

- кортизола
- соматотропного

- ФСГ
- тиреоидных

В лечении гиперпролактинемии вследствие микроаденомы отдают предпочтение:

- медикаментозному лечению агонистами допамина
- лучевой терапии
- хирургическому лечению
- лучевой терапии на фоне лечения агонистами допамина

Для первичного гиперальдостеронизма характерно:

- гипонатриемия
- высокое соотношение альдостерон/ренин
- значительное усиление суточной экскреции натрия с мочой
- повышенный показатель активности ренина плазмы

Правила забора крови на концентрацию альдостерона?

- рано утром натощак в положении сидя
- рано утром натощак в положении стоя
- рано утром натощак в положении лёжа и через 4 часа в положении стоя
- утром после еды в положении сидя

При первичном гиперальдостеронизме после «маршевой» пробы :

- уровень ренина снижен исходно и не повышается после пробы, уровень альдостерона исходно повышен и после пробы снижается
- уровень ренина исходно снижен и не повышается после пробы, уровень альдостерона исходно снижен и после пробы снижается
- уровень ренина исходно повышен и после пробы снижается, уровень альдостерона исходно повышен и после пробы повышается
- уровень ренина исходно повышен и после пробы повышается, уровень альдостерона исходно снижен и после пробы повышается

Методом выбора лечения идиопатической гиперплазии надпочечника с развитием гиперальдостеронизма является:

- удаление надпочечника
- только ограничение поваренной соли
- приём ингибиторов АПФ
- приём верошпирона в дозе 200-400 мг/сут.

Возможными локализациями феохромоцитомы являются все, кроме:

- мозгового вещества надпочечников
- поджелудочной железы
- симпатических параганглиев
- брюшной части аорты

Семейная форма феохромоцитомы характерна для всех наследственных заболеваний, кроме:

- синдрома Кляйнфельтера
- болезни Реклингаузена
- синдрома Сиппла
- синдрома Хиппеля-Линдау

Тактика на дооперационном этапе лечения феохромоцитомы:

- назначение и приём бета-адреноблокаторов
- приём блокаторов кальциевых каналов
- назначение и приём альфа-адреноблокаторов

- без медикаментозной подготовки

Чем чаще всего заканчивается криз при феохромоцитоме?

- нарушением зрения
- рвотой
- полиурией
- одышкой

Какой уровень катехоламинов в плазме свидетельствует о феохромоцитоме?

- 800-1000 нг/л
- 100-500 нг/л
- 500-700 нг/л
- 300-500 нг/л

T-критерием остеопороза у мужчин в возрасте 65 лет и выше является:

- от -1,0 до -2,5
- до -1,0
- -2,5 и ниже

T-критерием остеопении по ВОЗ является:

- -2,5 и ниже
- от -1,0 до -2,5
- до -1,0

Рекомендуемое соотношение «Кальций-Фосфор» в пище составляет:

- 1:1
- 1:2
- 2:1
- 1,5:1

Эффект стронция ранелата на МПК:

- стимулирует костеобразование
- антирезорбтивная активность и анаболическое влияние на скелет
- замедляет минерализацию костной ткани
- не влияет на минеральный обмен костной ткани

Триада Уиппла включает в себя всё, кроме:

- снижение глюкозы крови до 2,7 и ниже ммоль/л
- развитие нервно-психических проявлений на фоне голодания
- возможность купирования приступа гипогликемии приёмом или в/в введением глюкозы
- чувство голода

Основным методом лечения инсулиномы является:

- приём адреналина, норадреналина либо глюкагона
- приём дифенина
- энуклеация инсулиномы
- приём простых углеводов при признаках гипогликемии

При малигнизации инсулиномы метастазирование обычно происходит в

- селезёнка
- печень
- кишечник
- желудок

Более ценным показателем при инсулиноме является:

- иммунореактивный инсулин
- средняя суточная гликемия
- С-пептид
- гликозилированный гемоглобин

Характерными признаками синдрома Пархона являются все, кроме:

- гипернатриемии
- выведении концентрированной мочи
- повышенного уровня АДГ в плазме крови
- гипоосмолярности плазмы

В лечении синдрома Пархона используют всё, кроме:

- парлодела
- ограничения поваренной соли
- ограничения приёма жидкости до 800-1000 мл/сут.
- приёма спиронолактона

Гипонатриемия при синдроме Пархона является следствием всех процессов, кроме:

- почечной потери натрия
- подавления продукции альдостерона вследствие гиперволемии
- активации предсердного натрий-уретического фактора
- компенсаторной диареи с выведением натрия

Этиологическими факторами синдрома Пархона являются все, кроме:

- длительный приём НПВП
- туберкулёз
- приём нейролептиков
- мелкоклеточный рак лёгкого

Противопоказанием для проведения протонотерапии при болезни Иценко-Кушинга является:

- возраст до 20 лет
- доказанная БИК с опухолью гипофиза, не имеющей четких МРТ-признаков
- размер опухоли более 15 мм
- длительность заболевания

Для медикаментозного лечения б.Иценко-Кушинга не используется:

- резерпин
- аминоглутотемид
- кетоконазол
- митоган

Через какой срок наступает клиническая ремиссия после лучевой терапии при б. Иценко-Кушинга:

- через 1,5 года
- в течение нескольких дней
- через 1 мес
- через 6-8 мес

После двухсторонней адреналэктомии требуется:

- возмещение только ГК
- возмещение ГК и минералокортикоидов пожизненно
- возмещение стероидов не требуется
- возмещение ГК и минералокортикоидов в течение 1-2лет

По МКБ-10 код болезни Иценко-Кушинга:

- E 40
- E 24.0
- E 10.7
- E 05.0

Для комбинированной терапии болезни Иценко-Кушинга в дополнение к протонотерапии чаще используют:

- дифенин
- парлодел
- хлодитан
- преднизолон

Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики:

- гипоталамического синдрома и синдрома Иценко-Кушинга
- ожирения и болезни Иценко-Кушинга
- нормы и синдрома Иценко-Кушинга
- болезни и синдрома Иценко-Кушинга

Какое повышение кортизола в суточной моче подтверждает синдром/болезнь Кушинга:

- в 1,5 раза
- в 3-4 раза
- в 2 раза
- отсутствие повышения кортизола в суточной моче

При проведении большой дексаметазоновой пробы кортизол при синдроме Иценко-Кушинга:

- снижается
- остается в пределах нормы
- сохраняется высоким
- данный тест не специфичен для диагностики синдрома Кушинга

Двухсторонняя адреналэктомия проводится:

{

- одномоментно (удаление обоих НП сразу)
- в два этапа (удаление 2-го НП после заживления операционной раны первого этапа)
- не проводится
- может проводиться как одномоментно, так и в два этапа

Синдром Нельсона развивается:

- после протонотерапии
- после двухсторонней адреналэктомии
- после трансфеноидальной резекции гипофиза
- на фоне медикаментозного лечения

Пик активности выработки АКТГ в норме:

- вечером
- ночью
- утром
- равномерно в течении дня

При односторонней опухоли надпочечника кортизол крови в 8:00 на введение 8 мг дексаметазона в 24:00:

- значительно повышается
- понижается
- не изменяется (не снижается более чем на 50%)
- повышается в 1,5-2 раза

При двухсторонней гиперплазии надпочечников уровень 17-ОКС в суточной моче на введение АКТГ и метопирона:

- понижается
- повышается в 2-3 раза
- не изменяется
- не

При синдроме Иценко-Кушинга лабораторно повышается все кроме:

- 17-ОКС в суточной моче
- кортизол крови
- АКТГ
- свободный кортизол в моче

Больному с тяжелой формой болезни Иценко-Кушинга, прогрессирующим течением, с системным остеопорозом с множественными переломами и ограничением способности ухаживать за собой устанавливается:

- III гр. инвалидности
- временная нетрудоспособность
- работоспособность сохраняется
- I гр. инвалидности

Больному с средней степенью тяжести болезни Иценко-Кушинга, торпидное течение, с миокардиодистрофией, устанавливается:

- I гр. инвалидности
- II гр. инвалидности
- III гр. инвалидности
- сохраняется полная работоспособность

Благоприятный прогноз у больного синдромом/болезнью Иценко-Кушинга при:

- легкой форме, длительном течении, возраст 50 лет
- легкой форме, небольшой длительности, возраст до 30 лет
- средней степени тяжести, торпидном течении, с осложнением стероидным диабетом
- легкой форме, небольшой длительности, детский возраст

После лечения болезни Иценко-Кушинга больной должен находиться под наблюдением:

- у терапевта, в течение года
- у эндокринолога, в течение 3мес.
- у эндокринолога, в течение не менее 6мес.
- не находится под наблюдением

Особенностями нарушений углеводного обмена при болезни Иценко-Кушинга являются:

- необходимость инсулинотерапии
- гипогликемические состояния
- инсулинорезистентность
- склонность к кетоацидозу

В клиническом анализе крови при болезни Иценко-Кушинга отмечаются:

- лейкоцитопения
- тромбоцитопения

- полицитемия
- эозинофилия и гранулоцитопения

Для болезни Иценко-Кушинга наиболее характерно:

- гипонатриемия
- увеличение активности щелочной фосфатазы
- гиперкалиемия
- гипокалиемия

При тяжелой форме болезни Иценко-Кушинга отмечается:

- равномерное распределение подкожного жирового слоя
- патологические переломы костей
- усиление дифференцировки и роста скелета
- сохранение менструального цикла.

Дифференциальный диагноз болезни Иценко-Кушинга проводят со следующими заболеваниями:

- {
- хронический пиелонефрит
- хроническая надпочечниковая недостаточность
- синдром истощенных яичников
- синдром Иценко-Кушинга

Наиболее эффективно при болезни Иценко-Кушинга:

- {
- протонотерапия межучточно-гипофизарной области
- хирургическая аденомэктомия
- применение блокаторов гипоталамо-гипофизарной систем
- удаление одного или двух надпочечников

Наиболее частыми костными изменениями болезни Иценко-Кушинга являются:

- деформация и перелом костей, остеопороз
- ускорение дифференцировки и роста скелета
- гиперостоз
- остеомаляция

Малая дексаметазоновая проба проводится для диф.диагноза:

- нормы и гиперкортицизма
- синдрома и болезни Иценко-Кушинга
- феохромоцитомы и болезни Иценко-Кушинга
- АКТГ-эктопированного синдрома и синдрома Иценко-Кушинга

При проведение малого теста Лиддла кортизол в крови в норме:

- снижается менее 50 нмоль/л
- повышается в 2 раза
- остается неизменным
- снижается на 5нмоль/л

При проведении малой дексаметазоновой пробы пациент принимает:

- 1мг дексаметазона
- 2мг дексаметазона
- 5мг преднизолона
- 0,5мг дексаметазона

К поздним осложнениям сахарного диабета относятся:

- кетоацидоз
- диабетическая ретинопатия
- гиперосмолярная кома
- гипогликемия

Для избежания сосудистых осложнений, с какой частотой нужно определять HbA1c?

- раз в год
- раз в 6 месяцев
- каждый месяц
- раз в 3 месяца

Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов?

- артериальная гипертензия
- микроангиопатия
- нейропатия
- ретинопатия

О начальном проявлении, какого осложнения сахарного диабета у длительно болеющих больных можно думать, когда возникает стойкая альбуминурия, цилиндрурия, одновременно снижается суточная гликозурия при высоком уровне сахара крови:

- пиелонефрит
- гломерулонефрит
- синдром Киммельстила-Уилсона
- нефроптоз

Какой чувствительный безопасный метод исследования используется для диагностики диабетической нефропатии?

- изотопная ренография
- УЗИ почек
- определение МАУ
- динамическая сцинтиграфия почек

Проявлением какого осложнения сахарного диабета является появление болей, жжение, онемение, «ползание мурашек» в дистальных отделах ног, снижение ахиллова рефлекса:

- микроангиопатия
- периферическая полинейропатия
- поражение ЦНС
- нейроостеоартропатия

Для сахарного диабета 1 типа более характерны поздние осложнения в виде:

- микроангиопатии
- кетоацидоза
- макроангиопатии
- гиперосмолярной комы

Для сахарного диабета 2 типа более характерны поздние осложнения в виде:

- молочнокислого ацидоза
- микроангиопатии
- макроангиопатии
- кетоацидоза

При направлении больного сахарным диабетом на МСЭК, заполняют форму:

- форма № 36 а
- форма № 74
- форма № 33 а
- форма № 88

Какое осложнение сахарного диабета характеризуется повышением клубочковой фильтрации, утолщением базальной мембраны артериол клубочков, нормоальбуминурией:

- нефроптоз
- мочекаменная болезнь почек
- диабетическая нефропатия
- гидронефроз

Наиболее вероятной причиной слепоты у больных, длительно страдающих сахарным диабетом, является:

- глаукома
- катаракта
- пролиферирующая ретинопатия
- атрофия зрительных нервов

Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете 1 типа, является:

- кетоацидотическая кома
- гиперосмолярная кома
- гангрена нижних конечностей
- диабетическая нефропатия

Для выведение больного из кетоацидотической комы используют:

- протафан
- хумулин НПХ
- актрапид
- гларгин

К диабетической нейропатии относится:

- радикулопатия
- миопатия
- миелит
- миастения

На первой стадии диабетической нефропатии для восстановления поврежденных базальных мембран клубочков назначают:

- ксидофон
- димефосфон
- моноприл
- цистенал

Для профилактики слепоты проводится:

- ириденклеизис
- диатермокоагуляция
- лазерная фотокоагуляция сетчатки
- фистулизирующая операция

Для лечения диабетической невропатии назначают:

- габапентин
- метионин
- ретинол

- аскорбиновую кислоту

Образование язв на кончиках пальцев стопы и на краевой поверхности пятки, ослабление пульсации при пальпации артерий стоп, подколенных и бедренных артериях характерно для:

- нейропатической формы синдрома диабетической стопы
- ишемическая форма синдрома диабетической стопы
- сенсорная нейропатия
- моторная нейропатия

Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей патологией почек ХБП4:

- манинил
- глюренорм
- хлорпропамид
- метформин

Какова частота осмотра офтальмологом больного с непролиферативной диабетической ретинопатией без макулопатии:

- 2 раза в год
- 1 раз в год
- 3 раза в год
- 1 раз в триместр

Неоваскуляризация диска зрительного нерва, кровоизлияние в стекловидное тело, образование фиброзной ткани в области кровоизлияний и по ходу неоваскуляризации характерно для:

- пролиферативной ретинопатии III
- непролиферативной ретинопатии I
- препролиферативной ретинопатии II
- терминальной ретинопатии

С какой частотой нужно назначать исследование креатенина и мочевины сыворотки крови у больных с протеинурией, ХБП 3 (без признаков поражения почек):

- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в год
- 2 раза в месяц
- 1 раз в неделю

Для какой клинической формы автономной нейропатии характерно вовлечение в процесс крестцовых сплетений и системы местной вегетативной регуляции функции урогенитального тракта и атония мочевого пузыря?

- гастроинтестинальная форма
- урогенитальная форма
- сердечно-сосудистая форма
- нарушение функции потоотделения

К диабетической макроангиопатии относится:

- порок митрального клапана
- эндокардит
- миокардит
- ишемическая болезнь сердца

Группа препаратов назначаемых при лечении полинейропатии:

- БАД

- антихолинергические препараты, блокирующие преимущественно периферические холинореактивные системы
- ангиопротекторы
- трициклические антидепрессанты

При каких показателях СКФ назначают заместительную почечную терапию:

- СКФ более 15 мл/мин
- СКФ более 25 мл/мин
- СКФ менее 15 мл/мин
- СКФ менее 25 мл/мин

Для профилактики синдрома диабетической стопы, больному не рекомендуется:

- ежедневно мыть ноги теплой водой
- греть ноги грелкой, парить
- использовать смягчающие крема
- носить обуви на 1-1,5 размера больше

Показанием для санаторно-курортного лечения больных сахарным диабетом и его осложнениями не является:

- гликемия не выше 9-10 ммоль/л
- ретинопатия 1-2 стадии
- нефропатия 1-й стадии
- склонность к частым гипогликемическим состояниям

Патогенез диабетической микроангиопатии обусловлен всем, кроме:

- понижение проницаемости сосудистой стенки для белков плазмы
- отложение иммунных комплексов в базальной мембране
- ухудшение кровотока, гипоксия и нарушения питания эндотелия
- гипергликемия

Причины гиперпаратиреоза:

- аденома или гиперплазия паращитовидных желез
- тиреоидэктомия
- аутоиммунный процесс в организме
- избыток поступления кальция в организм

При гиперпаратиреозе диагностируются следующие изменения в крови:

- гипокальциемия, гипофосфатемия, снижение парат-гормона
- гиперкальциемия, гиперфосфатемия, парат-гормон повышен
- гипокальциемия, гиперфосфатемия, парат-гормон повышен
- гиперкальциемия, гипофосфатемия, парат-гормон повышен

Норма кальция в крови:

- кальций 2,05-2,75 ммоль/л, ионизированный кальций 105-140 ммоль/л
- кальций 2,25-2,75 ммоль/л, ионизированный кальций 1,15-1,37 ммоль/л
- кальций 1,06-3,3 ммоль/л, ионизированный кальций 0,9-2,8 ммоль/л
- кальций 0,08-1,55 ммоль/л, ионизированный кальций 1,0-2,5 ммоль/л

Основной симптом гипопаратиреоза:

- нарушение вегетативной нервной системы
- судорожный (тетанический)
- патологические переломы
- невротический

Для клиники тиреотоксического криза не характерно:

- гипертермия
- резкая мышечная слабость
- брадикардия
- экстрасистолия

Основной метод лечения гиперпаратиреоза:

- медикаментозный
- оперативный
- лучевой
- пожизненное соблюдение диеты

Чаще всего гипопаратиреоз развивается в следствии:

- неопластической инвазии
- оперативных вмешательствах на щитовидной железе
- воспалительных процессах в паращитовидных железах
- врожденной патологии

Провоцирующими факторами гиперпаратиреоидного криза не являются:

- чрезмерное введение жидкости
- инфекции, интоксикации
- спонтанные переломы костей
- богатая кальцием ошелачивающая молочная диета

Характерные изменения костной ткани при гиперпаратиреозе:

- диффузный остеопороз
- утолщение коркового слоя трубчатых костей
- остеосклероз
- повышение плотности костной ткани

При гиперпаратиреозе в моче наблюдается:

- кислая реакция, оксалатурия
- щелочная реакция, гиперфосфатемия, гиперфосфатурия
- нейтральная реакция, солей нет
- нейтральная реакция, уратурия

Препарат, который не используется для лечения гиперпаратиреоза:

- натрия цитрат
- натрия сульфат
- кальция лактат
- магния сульфат

Физиологическое действие парат-гормона:

- образование и укрепление костного матрикса
- снижение кальция в плазме крови и его повышение в костной ткани
- угнетение формирования костной ткани, разрушение костного матрикса
- увеличение экскреции кальция с мочой

Гиперкальциемия возникает вследствие:

- беременности, лактации
- гиперпаратиреоза
- гипопаратиреоза
- синдроме мальабсорбции

Для проявления приступа тетании характерно:

- спазм верхних и нижних конечностей по типу “руки акушера”, “конской стопы”
- коллапс
- поносы, полиурия
- мышечные судороги отдельных групп мышц туловища

Трофические нарушения при гиперпаратиреозе не проявляются:

- сухостью, шелушением кожи, ломкостью ногтей
- нарушением роста волос, облысением
- развитием длительно текущих трофических язв
- экземой, грибковым поражением

Для определения судорожной готовности используют следующие пробы:

- проба Хвостека, Труссо
- пробу Сулковича
- пробу с метоклопрамидом
- пробу с натрия цитратом

Стимулом для секреции паратиреоидного гормона является:

- повышение кальция в крови
- снижение кальция в крови
- повышение тиреотропного гормона в крови
- снижение магния в крови

Регуляция фосфорно-кальциевого обмена организма осуществляется всем, кроме:

- паратиреоидного гормона
- кальцитонина
- витамина Д
- альдостерона

Повреждение паращитовидных желез не возникает в случае:

- травмы шеи
- оперативном вмешательстве на щитовидной железе
- тонкоигольной биопсии щитовидной железы под контролем ультразвукового исследования
- аутоиммунного повреждения, системного заболевания

Приступы тетании (судорог) не провоцируются:

- инфекционным процессом
- приемом препаратов кальция
- физической нагрузкой
- нервным перенапряжением

Органы-мишени для паратиреоидного гормона:

- кишечник, костная ткань
- костная ткань и почки
- почки, надпочечники
- костная ткань

Побочные действия препарата кальция глюконат:

- лейкопения
- снижение слуха
- раздражение слизистой кишечника, запоры
- нефротоксичность

Восстановление работоспособности после своевременного оперативного лечения гиперпаратиреоза легкой степени:

- через 3-4 месяца
- через 1-2 года
- через 10-14 дней
- через 6 месяцев

Показания для направления на медикосоциальную экспертизу больных с гиперпаратиреозом:

- латентная клиническая форма заболевания, лабораторные отклонения, сопутствующая патология
- манифестная клиническая форма заболевания с выраженной остеодистрофией, деформациями и переломами костей, нарушениями функций внутренних органов, незавершенностью восстановительных процессов после хирургического вмешательства
- манифестная клиническая форма заболевания с остеодистрофией, без переломов костей, незавершенность восстановительных процессов после хирургического вмешательства
- манифестная форма заболевания, перенесение осложнения после хирургического вмешательства без клинического эффекта от лечения

Больным, перенесшим гиперпаратиреоз противопоказан труд:

- противопоказана работа, связанная с легким физическим и нервно-психическим напряжением
- противопоказана работа в угольной промышленности
- противопоказан труд с легким физическим перенапряжением. Противопоказан контакт с промышленными ядами
- противопоказана работа, связанная с тяжелым и средней тяжести физическим напряжением и значительным нервно-психическим напряжением. Всем больным ГПГ противопоказана работа в контакте с нефтепродуктами

Трудоспособными признаются больные перенесшие гиперпаратиреоз:

- латентной формы, перенесшие без осложнений лечение с хорошим клиническим эффектом.
- латентной формы, а также манифестной формы, перенесшие без тяжелых осложнений хирургическое вмешательство с удовлетворительным клиническим эффектом
- латентной формы, а также манифестной формы, перенесшие без осложнений хирургическое вмешательство с хорошим клиническим эффектом, работающие вне противопоказанных условий и видов труда.
- только латентной формой, после лечения и реабилитации

В профилактику инвалидности для больных с гиперпаратиреозом не входит:

- ранняя диагностика и адекватное лечение
- продление срока временной нетрудоспособности свыше 4 месяцев в необходимых случаях
- рациональное трудоустройство больных и инвалидов
- улучшение техники оперативного лечения болезней щитовидной железы

Реабилитация больных, перенесших гипопаратиреоз заключается:

- диета, бедная фосфором и богатая кальцием, витамином D, заместительная терапия препаратами кальция, санаторно-курортное лечение, ультрафиолетовое облучение, солнечные ванны, рациональное трудоустройство
- диета с низким содержанием кальция и фосфора, назначение витамина D, ультрафиолетовое облучение, рациональное трудоустройство
- санаторно-курортное лечение, рациональное трудоустройство
- диета богатая кальцием, витамином D, санаторно-курортное лечение, ультрафиолетовое облучение, рациональное трудоустройство

Для несахарного диабета характерно все, кроме:

- увеличение осмоляльности крови
- гипернатриемия
- гиперкалиемия
- низкая относительная плотность мочи

Выделение 8-14 л/сут мочи без лечения соответствует:

- легкой степени тяжести несахарного диабета
- средней степени тяжести несахарного диабета
- тяжелой степени несахарного диабета
- крайне тяжелой степени несахарного диабета

Ятрогенный несахарный диабет может наблюдаться при приеме:

- ингибиторов АПФ
- диуретиков
- статинов
- блокаторов рецепторов ангиотензина II

Приобретенной причиной центрального несахарного диабета не может являться:

- опухоль
- травма
- гранулема (туберкулез, саркоидоз)
- инсоляция

Классическую пробу с сухоедением прекращают при:

- потере 0.5-1% массы тела
- потере 1-2% массы тела
- потере 3-5% массы тела
- потере более 5% массы тела

Синтетическим аналогом вазопрессина является :

- минирин
- кортизол
- дексаметазон
- тироксин

При проведении десмопрессинового теста, нельзя вводить десмопрессин:

- интраназально
- подкожно
- ректально
- внутримышечно

Начальная доза приема десмопрессина при несахарном диабете:

- 100 мкг 1-3 раза в сутки
- 200 мкг 1-3 раза в сутки
- 500 мкг 1-3 раза в сутки
- 1000 мкг 1-3 раза в сутки

Нехарактерно для несахарного диабета:

- жажда
- полиурия
- повышение аппетита
- сухость кожи и слизистых оболочек

Для диагностики несахарного диабета не проводят:

- осмолярность крови
- анализ мочи по Нечипоренко
- анализ мочи по Зимницкому
- МРТ головного мозга

Референсные значения для ИФР устанавливаются:

- по полу
- по возрасту
- по полу и возрасту
- едины для всех людей

Для активной стадии акромегалии не характерно:

- повышенный уровень ИФР
- пониженный уровень ИФР
- клинические признаки активности
- минимальный уровень СТГ на фоне ОГТТ более 1 нг/мл (более 2,7 мЕд/л)

Акромегалия возникает вследствие гиперсекреции:

- ТТГ
- АКТГ
- СТГ
- ЛГ и ФСГ

Для акромегалии не характерно:

- укрупнение черт лица
- увеличение размеров стоп и кистей
- низкий грубый голос
- нанизм

Одним из методов диагностики акромегалии является:

- малая дексаметазоновая проба
- большая дексаметазоновая проба
- ОГТТ
- проба с нагрузкой глюкагоном

Неселективным агонистом дофамина является:

- октреотид
- бромокриптин
- хлодитан
- перитол

Аналогом соматостатина является:

- октреотид
- бромокриптин
- хинаголид
- каберголин

Критериями неполной ремиссии акромегалии являются все, кроме:

- отсутствие клинических признаков активности
- минимальный уровень СТГ на фоне ОГТТ менее 1 нг/мл (2,7 мЕД/л)
- повышенный уровень ИФР
- базальный уровень СТГ менее 2,5 нг/мл

Как часто необходимо вводить октреотид длительного высвобождения при акромегалии:

- один раз в сутки
- два раза в сутки
- один раз в месяц
- один раз в 6 мес

Какое влияние оказывает гипергликемия на уровень гормона роста:

- снижает
- повышает
- не влияет
- не влияет, либо незначительно повышает

Какова суточная потребность йода для взрослого человека:

- 50 мкг
- 100 мкг
- 150 мкг
- 200 мкг

Какова суточная потребность йода для беременных:

- 50 мкг
- 100 мкг
- 150 мкг
- 200 мкг

Наибольшее количества йода содержится в:

- овощах
- мясе
- морепродуктах
- молочных продуктах

Заболевание, связанное с недостаточным поступлением йода в организм:

- эндемический зоб
- подострый тиреоидит
- рак щитовидной железы
- хронический аутоимунный тиреоидит

Для профилактики йододефицита можно использовать все, кроме:

- калия йодид
- раствор Люголя
- морепродукты
- йодированная соль

Спорадический зоб, это:

- зоб, выявляемый в районах йодного дефицита
- зоб, выявляемый в районах с нормальным потреблением йода
- зоб, выявляемый в подростковом возрасте
- зоб, выявляемый у детей, родители которых имеют патологию ЩЖ

Для диагностики диффузного эутиреоидного зоба не показано:

- определение ТТГ
- определение ТЗ
- УЗИ щитовидной железы
- пальпация щитовидной железы

Комбинированным препаратом йода является:

- йодомарин
- йодбаланс
- йодокомб
- эутирокс

Противопоказанием к приему калия йодида является все, кроме:

- детский возраст
- гиперфункция щитовидной железы
- токсическая аденома щитовидной железы
- функциональная автономия щитовидной железы.

Признаками йододефицита являются все, кроме:

- задержка физического развития
- нарушение менструального цикла
- снижение интеллекта
- синдром мальабсорбции

Больная А. 60 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Диабет компенсирован диетой и приемом сиофора. Больной предстоит операция по поводу желчнокаменной болезни. Какова тактика сахароснижающей терапии?

- сохранение прежней схемы лечения
- увеличение дозировки сиофора
- добавление преднизолона
- отмена сиофора и перевод на инсулин

Какой из препаратов инсулина имеет наименьшую продолжительность действия?

- актрапид
- хумалог
- протафан
- левемир

Больной сахарным диабетом 1-го типа заболел ОРЗ с подъемом температуры тела. Какова тактика в отношении инсулинотерапии?

- отменить инсулин
- уменьшить количество потребляемых углеводов
- увеличить суточную дозу инсулина
- уменьшить суточную дозу инсулина

В каких случаях не следует достигать идеальной компенсации диабета?

- беременность
- возраст 18 лет
- язвенная болезнь желудка
- нестабильная стенокардия

В наименьшем проценте выделяется через почки сульфаниламидный препарат:

- глимепирид
- глюренорм
- глибенкламид
- гликлазид

Противопоказанием к назначению препаратов сульфонилмочевины является все перечисленное, кроме:

- кетоацидоза
- беременности

- инсульта в анамнезе
- проведение оперативного лечения

К механизму сахароснижающего действия бигуанидов не относится:

- стимуляция синтеза инсулина В-клетками
- торможение глюконеогенеза в печени
- активация тирозинкиназы
- активация глюкозных транспортеров (ГЛЮТ-1, ГЛЮТ-4)

К осложнениям от введения инсулина относятся все перечисленное, кроме:

- аллергических реакций
- отеков
- гипогликемии
- кетоацидоза

Какой из перечисленных препаратов является глибенкламидом?

- глюренорм
- манинил
- глимаз
- диабетон

К группе агонистов рецепторов ГПП-1 относится:

- ситаглиптин
- пиоглитазон
- эксенатид
- репаглинид

Калорийность диеты пациента с сахарным диабетом рассчитывается, исходя из:

- реальной массы тела
- сопутствующей инсулинотерапии
- пола, идеальной массы тела и физической нагрузки
- возраста

При резистентности к сульфаниламидным препаратам больным со сниженной массой тела следует назначить:

- инсулинотерапию
- сульфаниламидные препараты в сочетании с бигуанидами
- расширенную диету и бигуаниды
- низкокалорийную диету и бигуаниды

Какое побочное действие может развиваться у больного сахарным диабетом при приеме бигуанидов, если имеет место сопутствующее заболевание, ведущее к тканевой гипоксии?

- кетоацидоз
- агранулоцитоз
- холестатическая желтуха
- лактацидоз

Наибольшей продолжительностью действия обладает препарат:

- репаглинид
- натеглинид
- гликлазид МВ
- глибенкламид

Беременным с сахарным диабетом показано применение следующей группы препаратов:

- метформин
- препараты сульфонилмочевины
- инсулины
- глиниды

Какой из перечисленных препаратов обладает эффектом глюкозозависимой стимуляции секреции инсулина и способствует снижению массы тела?

- эксенатид
- метформин
- пиоглитазон
- глибенкламид

Применение какой группы препаратов не противопоказано при любой стадии ХБП?

- метформин
- препараты сульфонилмочевины
- ингибиторы ДПП-4
- инсулины

К рациональным комбинациям пероральных сахароснижающих препаратов относится:

- агонисты рецепторов ГПП-1 + ингибиторы ДПП-4
- метформин + ингибиторы ДПП-4
- препараты сульфонилмочевины + глиниды
- инсулин + тиазолидиндионы

К показаниям для инсулинотерапии у больных сахарным диабетом и ОКС не относится:

- СД 1 типа
- терапия высокими дозами стероидов
- гипергликемия при поступлении стойко на уровне 8-9 ммоль/л
- выраженная застойная сердечная недостаточность

Каковы целевые значения гликозилированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом на диализе при отсутствии выраженных сердечно-сосудистых осложнений?

- менее 6,5%
- менее 7,0%
- менее 7,5%
- 7,5-8,0%

К комбинированным сахароснижающим препаратам относится:

- глибомет
- глюкобай
- глюкофаж
- глюренорм

К побочным действиям сенситайзеров не относится:

- отеки
- прибавка массы тела
- повышение активности ферментов печени
- преходящие нарушения остроты зрения

Какие препараты противопоказаны при остром инфаркте миокарда?

- глиниды
- препараты сульфонилмочевины
- метформин
- инсулины

Показанием для начала заместительной почечной терапии у больных СД и ХПН не является:

- СКФ менее 30 мл/мин
- калий сыворотки более 6,5 мэкв/л
- тяжелая гипергидратация с риском развития отека легких
- нарастание белково-энергетической недостаточности

Какой из перечисленных инсулинов обладает наибольшей продолжительностью действия?

- протафан
- новорапид
- хумулин НПХ
- лантус

Из перечисленных случаев абсолютным показанием для инсулинотерапии не является:

- тяжелые поражения печени
- отсутствие эффекта от диетотерапии при СД 2 типа
- беременность и лактация
- диабетическая нефропатия с нарушением азотовыделительной функции почек

Какой вид продуктов не учитывается при подсчете ХЕ?

- сухофрукты
- картофель
- морепродукты
- кисломолочные

В основе патогенеза тиреотоксикоза при подостром тиреоидите лежит:

- выработка тиреостимулирующих аутоантител
- разрушение тиреоцитов и выход содержимого фолликулов в кровяное русло
- компенсаторная гиперфункция щитовидной железы в ответ на воспалительные изменения
- гиперпродукция ТТГ в ответ на воспалительные изменения в щитовидной железе

Какой синдром превалирует у больного с зобом Хашимото?

- синдром нарушений функции щитовидной железы;
- синдром опухолевидного образования;
- синдром висцеропатических нарушений;
- синдром электролитных нарушений;

К хроническим тиреоидитам не относится:

- аутоиммунный тиреоидит
 - сифилитический тиреоидит
 - туберкулезный тиреоидит
 - гранулематозный тиреоидит де Кервена
- }

У больных с фиброзирующим тиреоидитом (Риделя) щитовидная железа при пальпации:

- мягко-эластической консистенции
- в подавляющем большинстве случаев не пальпируется
- резко болезненная, определяется флюктуация
- плотная, каменная

У больных атрофическим аутоиммунным тиреоидитом щитовидная железа при пальпации:

- плотная, «каменная», увеличена в размерах
- железа не пальпируется
- неравномерно плотная железа с участками мягко-эластической консистенции

- гладкая и плотная
- }

Цитологическая и гистологическая картина аутоиммунного тиреоидита в стадии эутиреоза характеризуется:

- обильная лимфоцитарная инфильтрация, клетки Ашкенази
- тотальная гиперплазия тироцитов, отсутствие инфильтрации клетками иммунной системы
- гигантоклеточные гранулемы
- преобладание фиброза, прорастание капсулы

Укажите основные клинические проявления гранулематозного тиреоидита (тиреоидит де Кервена):

- острое начало
- бессимптомное течение, проходит бесследно
- гипотиреоз
- отсутствие гипертермии

Что характерно для клинической картины и лечения тиреоидита Риделя?

- достаточно широко встречающееся заболевание щитовидной железы
- лечение увеличенной щитовидной железы и сдавливания органов шеи только консервативное
- сопровождается выраженным уменьшением размера щитовидной железы
- заболевание приводит к гипотиреозу

К осложнениям острого гнойного тиреоидита относят:

- тонзиллит
- гнойный медиастинит
- ХОБЛ
- гипотиреоз

Для острого тиреоидита характерны:

- продолжительность течения 2–4 дня
- благоприятный прогноз
- выздоровление с сохранением нормальной функции щитовидной железы
- переход в хроническое течение. Развитие гипотиреоза

Подострый тиреоидит характеризуется:

- острым началом заболевания через 4–8 недель после перенесенной вирусной инфекции
- выраженным фиброзом щитовидной железы
- щитовидная железа безболезненная
- неблагоприятным прогнозом

Укажите типичное проявление подострого тиреоидита:

- сопровождается выраженным болевым синдромом
- морфологически проявляется выраженным фиброзом
- отмечается отсутствие изменений картины ОАК
- отрицательная проба Крайля (тест с преднизолоном)

Что из перечисленного не является необходимым диагностическим исследованием в отношении подтверждения диагноза тиреоидита Хашимото?

- исследование гормонов щитовидной железы и ТТГ
- УЗИ щитовидной железы
- определение аутоантител к тироглобулину
- тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы

При лечении аутоиммунного тиреоидита глюкокортикоиды назначают:

- через день
 - 1 раз в неделю
 - применяют пульс-терапию
 - не используют
- }

В эндокринологическое отделение госпитализирован больной с подозрением на рак щитовидной железы. При объективном обследовании определяется симметрично увеличенная щитовидная железа, каменной плотности, спаянная с окружающими тканями, периферические лимфоузлы не увеличены, клинически выявляются симптомы гипотироза, титр антитиреоидных антител не превышает нормальных показателей, в материале, полученном при пункционной биопсии клеточной атипии не выявлено, определяются фибробласты. Какой диагноз вы поставили бы этому больному?

- тиреоидит Хашимото
- тиреоидит де Кервена
- тиреоидит Риделя
- рак щитовидной железы

У больного, перенесшего отит, вновь резко поднялась температура тела, появились боли пульсирующего характера в области шеи с иррадиацией в верхнюю и нижнюю челюсть, потливость, сердцебиение. При пальпации щитовидной железы отмечается резкая болезненность и определяется участок флюктуации. В клиническом анализе крови лейкоцитоз до 13 000 со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ до 25 мм/час. Какой диагноз вы поставите данному больному?

- подострый тиреоидит
- тиротоксикоз
- острый тиреоидит
- флегмона шеи

У больного, перенесшего отит, вновь резко поднялась температура тела, появились боли пульсирующего характера в области шеи с иррадиацией в верхнюю и нижнюю челюсть, потливость, сердцебиение. При пальпации щитовидной железы отмечается резкая болезненность и определяется участок флюктуации. В клиническом анализе крови лейкоцитоз до 13 000 со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ до 25 мм/час. Какая лечебная тактика наиболее верна, по вашему мнению, у пациента?

- субтотальная резекция щитовидной железы
- антибиотикотерапия
- лечение глюкокортикоидами
- лечение мерказолилом

Диагноз аутоиммунного тиреоидита может быть поставлен достоверно на основании:

- УЗИ щитовидной железы
- определения уровня антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции
- исследование уровня тиреоидных гормонов и ТТГ
- ни одно из отдельно взятых перечисленных исследований

Профилактика йододефицитных заболеваний заключается в:

- приеме препаратов железа
- регулярном измерении артериального давления
- приеме препаратов йода
- приеме L-тироксина

Для профилактики йододефицита доза препаратов йода для взрослого человека в сутки составляет:

- 50 -100 мкг
- 150-200 мкг
- 200-250 мкг
- 500 мкг

Норма ТТГ у взрослого человека:

- 0,5- 3мМЕ/л
- 0,5-4мМЕ/л
- 0,5-8мМЕ/л
- до 0,5мМЕ/л

Скрининговое исследование ТТГ и Т4 у детей проводят:

- ежегодно
- на 4-5 сутки после рождение
- в 1 месяц
- не проводят

Основным клиническим проявлением ДТЗ является:

- гипотиреоз
- тиреотоксикоз
- гипогликемия
- офтальмопатия

Проявлением гипертиреоза является один из ниже перечисленных симптомов:

- сухость кожи
- запоры
- гипотермия
- тахикардия

При тиреотоксикозе характерно:

- повышение аппетита, и уменьшение массы тела
- понижение аппетита и увеличение массы тела
- запоры
- масса и аппетит не измены

При тиреотоксикозе со стороны сердечно сосудистой системы характерны:

- приглушение верхушечного толчка
- брадикардия
- постоянная тахикардия
- снижение АД

Степень тяжести тиреотоксикоза при: частоте сердечных сокращений 100-120уд/мин, увеличение пульсового давления, отсутствие мерцательной аритмии, похудание до 10 кг, снижение работоспособности.

- легкая
- средняя
- тяжелая
- тиреотоксический криз

У женщин под зобом подразумевается увеличение объема щитовидной железы выше

- 18 мл
- 22 мл

- 25 мл
- 27 мл

У мужчин под зобом подразумевается увеличение объема щитовидной железы выше

- 18 мл
- 22 мл
- 25 мл
- 27 мл

В гормональном профиле при ДТЗ:

- ТТГ повышается, Т3 и Т4 понижается
- ТТГ понижается, Т3 и Т4 повышаются
- ТТГ, Т3 и Т4 не изменяются
- ТТГ, Т3 и Т4 повышаются

Щитовидная железа при ДТЗ по данным УЗИ:

- не изменена
- уменьшена и неоднородна с повышением эхогенности
- увеличена и диффузно неоднородна со снижением эхогенности
- эктопированная

При токсической аденоме отсутствуют:

- эндокринная офтальмопатия и претибиальная микседема.
- тахикардия и увеличение пульсового давления
- понижение ТТГ, повышение Т3 и Т4
- снижение массы тела,

Основными в лечении ДТЗ является:

- минералокортикоиды
- тироксин
- тиреостатики
- препараты йода

При ДТЗ с тиреостатиками также назначают:

- глюкокортикостероиды
- β -адреноблокаторы
- половые гормоны
- тироксин

Начальная доза тиреостатиков при средней степени тяжести или тяжелом тиреотоксикозе:

- 5-10мг/сут
- 10-15 мг/сут
- 30-40 мг/сут
- 50 мг/сут

При беременности больной с тиреотоксикозом рекомендовано лечение:

- мерказолиллом
- тиамозолом
- пропилтиоуроцилом
- радиоактивным йодом

Оперативное лечение ДТЗ не показано при:

- загрудином расположении зоба
- рецидивах после лечения тиреостатиками

- инфаркт или инсульт (перенесенный менее 2 месяца назад)
- непереносимости тиреостатиков

Укажите наиболее вероятное осложнение, возникающее при приеме мерказолила:

- гипокалиемия, гипернатриемия
- агранулоцитоз
- лейкоцитоз, нейтрофилёз
- гиперхолестеринемия

Оперативное лечение тиреотоксикоза проводят при:

- достижение эутиреоза
- выраженном гипертиреозе
- достижение гипотиреоза
- не проводят совсем

Эндокринная офтальмопатия 2 стадии характеризуется:

- слезотечением, отсутствие диплопии, припухлость век
- диплопией, ограничением отведением глазных яблок, парезом взора кверху, умеренным экзофтальмом
- неполное закрытие глазной щели, изъязвление роговицы
- атрофией зрительного нерва.

Показаниями для направления в бюро МСЭ при тиреотоксикозе является все, кроме:

- тяжелых форм заболевания
- осложнений после радикального лечения
- эндокринная кардиомиопатия с нарушениями сердечного ритма (мерцательная аритмия) и выраженной сердечной недостаточностью
- субклинический гипертиреоз

Частота осмотров у эндокринолога при ДТЗ :

- 1 раз в 1-2 месяца, после стойкого клинического выздоровления 2 раза в год
- 1 раз в 3-6 месяца, до стойкой ремиссии
- 2 раза в месяц, 1 раз в год при клинической ремиссии
- 1 раз в год

Изотопное сканирование щитовидной железы определяет:

- доброкачественный или злокачественный узел
- наличие узла
- величину накопления изотопа (функциональную активность узлов и окружающих тканей)
- размер щитовидной железы

Тремор при гипертиреозе

- мелкоамплитудный и постоянный
- крупноамплитудный
- уменьшается при переключении внимания
- не характерен

ДТЗ у подростков чаще дифференцируют с:

- аутоиммунный тиреоидитом
- раком щитовидной железы
- с астено-невротическим синдромом
- ишемической болезнью сердца