

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09 сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.2)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.17 «Детская эндокринология»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор
(должность, ученое звание, степень) _____
Новик Г.А.
(расшифровка) _____

доцент кафедры,
к.м.н. доцент
(должность, ученое звание, степень) _____
Скородок Ю.Л.
(расшифровка) _____

доцент кафедры,
к.м.н. доцент
(должность, ученое звание, степень) _____
Дитковская Л.В.
(расшифровка) _____

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО

название кафедры

« 28 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП
и ДПО

Заведующий кафедрой

название кафедры

Д.м.н., профессор
(должность, ученое звание, степень) _____
Новик Г.А.
(расшифровка) _____

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен

знать:

- Принципы организации эндокринологической помощи населению;
- Вопросы экономики, управления и планирования в эндокринологической службе;
- Вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при эндокринной патологии;
- Правовые основы деятельности эндокринолога;
- Организацию, формы и методы пропаганды медицинских и гигиенических знаний, профилактики заболеваний;
- Вопросы психологии профессионального общения, врачебной этики и деонтологии
- Клинику, диагностику новообразований головного мозга и желез внутренней секреции у детей;
- Клинику, диагностику основных генетических синдромов, протекающих с эндокринопатиями;
- Эпидемиологию эндокринных болезней у детей;
- Физиологию, патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимосвязь с другими органами и системами организма;
- Этиологию и патогенез эндокринных болезней у детей, роль генетических и иммунологических факторов в развитии эндокринных заболеваний;
- Клинические и доклинические проявления эндокринных заболеваний у детей;
- Общие, функциональные и специальные методы исследования в детской эндокринологии;
- Основы рационального питания, принципы диетотерапии у детей с эндокринной патологией;
- Фармакотерапию эндокринных заболеваний у детей, включая применение гормональных препаратов; выбор оптимального сочетания лекарственных средств, механизм действия, осложнения, возрастные дозировки;
- Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению у детей с эндокринопатиями;
- Особенности течения и лечения эндокринных заболеваний у новорожденных и у детей раннего возраста;
- Профилактику острых и хронических осложнений у детей с эндокринной патологией;
- Клиническую симптоматику, дифференциальную диагностику и принципы терапии неотложных состояний в детской эндокринологии;
- Показания и противопоказания к хирургическому лечению, принципы пред-, интра- и послеоперационного ведения эндокринных больных детского возраста;
- Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности детей с эндокринной патологией, организации и проведения ВТЭ;
- Виды, формы, методы, организацию и проведение мероприятий по реабилитации и диспансерному наблюдению за больными детского возраста с эндокринной патологией;
- Организацию и методы обучения больных и их родителей самоконтролю хронических эндокринных заболеваний;

уметь:

- Получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного с эндокринной патологией, выявить общие и специфические признаки эндокринного заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
- Оценить тяжесть состояния больного с эндокринной патологией, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реабилитационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;

- Определить показания к применению специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиологических, иммуноферментных, радиоизотопных, биохимических, функциональных), необходимых для уточнения эндокринной патологии, правильно оценить полученные данные;
- Провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного с эндокринной патологией;
- Назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия с учетом возраста и состояния больного с эндокринной патологией;
- Назначить лечебное питание с учетом общих факторов и характера эндокринного заболевания;
- Применить необходимые реабилитационные мероприятия у больного с эндокринной патологией;
- Получить необходимую информацию по специальности детская эндокринология, используя современные технологии;
- Диагностировать и оказывать необходимую помощь при следующих острых и неотложных состояниях:
 - ✓ Травматический шок;
 - ✓ Острая кровопотеря;
 - ✓ Острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность;
 - ✓ Сосудистый коллапс;
 - ✓ Острая интоксикация (пищевая, лекарственная);
 - ✓ Кома (диабетическая, гипогликемическая, молочнокислая, гиперосмолярная);
 - ✓ Криз (тиреотоксический, надпочечниковой недостаточности, гипер- и гипокальцемический, гипотиреоидный);
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: гипоталамо-гипофизарной системы (болезнь Иценко-Кушига, гигантизм и акромегалия, гипоталамо-гипофизарная недостаточность, синдром гиперпролактинемии, несахарный диабет, гипергидропектический синдром);
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях надпочечников (гормонально-активные опухоли коры надпочечников, гипокортицизм, ВГКН, феохромоцитомы);
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: островкового аппарата поджелудочной железы (сахарный диабет, гиперинсулинизм);
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: щитовидной железы (все нозологические варианты тиреотоксикоза, гипотиреоз, диффузный эндемический зоб, аутоиммунный тиреоидит, воспалительные заболевания щитовидной железы, все нозологические варианты узлового зоба, радиационная патология щитовидной железы);
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: паращитовидных желез (гипер- и гипопаратиреоз);
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при нарушениях жирового обмена;
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: половых желез (все нозологические варианты пороков развития, задержка полового развития и гипогонадизм, преждевременное половое развитие, синдром гиперандрогении);
- Установить диагноз и провести необходимое лечение при полиэндокринных синдромах (множественная эндокринная неоплазия, аутоиммунные полигландулярные синдромы);
- Проводить скрининг осложнений у детей с хроническими эндокринными заболеваниями;
- Проводить профилактику эндокринных заболеваний среди детей;
- Обучить больного с хроническим эндокринным заболеванием и лиц, принимающих участие в уходе за ним основам рациональной диетотерапии, неотложной помощи в экстренных ситуациях, расчету дозы препарата, владению специальными приспособлениями для введения препарата (шприцы-ручки, помпы), рациональному режиму физических нагрузок, методам самоконтроля заболевания.

владеть навыками:

- Комплексом методов стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально-пальпаторная оценка щитовидной железы, наружных гениталий, грудных желез)
- Комплексом методов специфического обследования больных с эндокринной патологией (функциональные пробы, суточное мониторирование гликемии; экспресс-методы определения сахара в крови, ацетонам в моче, МАУ, скрининг осложнений сахарного диабета)
- Методами оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при ургентных состояниях (гипергликемическая, гипогликемическая, молочнокислая, гиперосмолярная кома; острая надпочечниковая недостаточность; тиреотоксический, гипер- и гипокальциемический, гипотиреоидный криз; травматический шок; острая кровопотеря; острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность; сосудистый коллапс; острая пищевая, лекарственная интоксикация).
- Основными навыками диагностики и принципами лечения заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы;
- Основными навыками диагностики и принципами лечения заболеваний надпочечников;
- Основными навыками диагностики и принципами лечения заболеваний островкового аппарата поджелудочной железы (сахарный диабет, гиперинсулинизм);
- Основными навыками диагностики и принципами лечения заболеваний паращитовидных желез;
- Основными навыками диагностики и принципами лечения заболеваний половых желез;
- Основными принципами лечения ожирения;
- Специальными приспособлениями для введения лекарственных препаратов (шприц-ручки, помпы);
- Основными навыками обучения самоконтроля хронических эндокринных заболеваний;
- Основными навыками диагностики и принципами лечения инфекционных болезней (в т. ч. карантинных инфекций);
- Основными навыками диагностики и оказания экстренной догоспитальной помощи при ДТП, массовых поражениях населения и катастрофах;
- Основными навыками ранней диагностики онкологических заболеваний;
- Основными навыками первой врачебной помощи при ионизирующих излучениях.
- Проводить и интерпретировать результаты проб, позволяющих оценить функциональные резервы эндокринных желез;
- Исследовать сахар в крови, ацетон, сахар и альбумин в моче экспресс-методами;
- Проводить и интерпретировать результаты суточного мониторирования гликемии;
- Постановки инсулиновых помп и титрации доз при использовании инсулиновых помп;
- Визуально-пальпаторной оценки щитовидной железы, наружных гениталий, грудных желез;
- Антропометрического исследования;
- Интерпретировать результаты специальных исследований (ультразвукового, рентгенологического, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, электромиографии, иммуноферментных анализов);
- Проводить оценку болевой, тактильной, температурной чувствительности у больных с сахарным диабетом;
- Проводить оценку сухожильных рефлексов у больных с сахарным диабетом;
- Рассчитывать ИМТ, стандартное отклонение роста, костный возраст, темпы роста и костного возраста больных с эндокринной патологией;
- Проводить занятия в школе диабета по обучению самоконтроля сахарного диабета;
- Введения лекарственных препаратов с помощью помп, шприцов ручек
- Искусственного дыхания;
- Непрямого массажа сердца;
- Работы на персональном компьютере.

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология»

| № п/п | Номер/индекс компетенции | Содержание компетенции (или ее части) | Этап формирования компетенции |
|-------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|
| Универсальные компетенции | | | |
| 1 | УК-1 | готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Текущий Промежуточный |
| Профессиональные компетенции | | | |
| 2 | ПК-1 | готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Текущий Промежуточный |
| 3 | ПК-2 | готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками | Текущий Промежуточный |
| 4 | ПК-5 | готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Текущий Промежуточный |
| 5 | ПК-6 | готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической медицинской помощи | Текущий Промежуточный |
| 6 | ПК-8 | готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Текущий Промежуточный |
| 7 | ПК-9 | готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Текущий Промежуточный |

**1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по практике (Б 2) по специальности «Детская эндокринология»
2 и 3-ий семестр**

2 семестр

| № | Индекс компетенц | Наименование контрольных мероприятий | | | |
|---|------------------|--------------------------------------|---------------|------------|---------------|
| | | Тестирование | Собеседование | Выполнение | Решение задач |
| | | | | | |

| | ии | | | практических | |
|-----------|------|--|---|--------------------------------------|--------|
| | | | | навыков | |
| | | Наименование материалов оценочных средств | | | |
| | | Тесты | Вопросы собеседования | Алгоритмы практических навыков | Задачи |
| № задания | | | | | |
| 1. | УК-1 | 219, 493,597-619,620-633,634-649,732,733,735-737, 742, 743,760, | 1-100 | 1-11,17-20 | 1-28 |
| 2. | ПК-1 | 231,232,237-239, 460-471,494,597-619,707,761,764,765,768, 761,767 | 1-100 | 1-11,17-20 | 1-28 |
| 3. | ПК-2 | 102,116,124,148,151,152,160-163,237-239, 472,495-497,754,780 | 1-100 | 1-11,17-20 | 1-28 |
| 4. | ПК-5 | 1,14-18,39-70,120-123,125-147,167.207,233,274-307,401-412,498,499,620-633,734794,795 | 3,5,7,8,10,15, 19,24,26,29,32,41,42,46,49,60,63,64,65,69,72,73, 76,79,87,90.93,94,96,99 | 1-11,17-20 | 1-28 |
| 5. | ПК-6 | 13,19,20,37,38, 71,72,117,119, 151,152,181-190,236,249-252,268-273.308,451-459,500-514,634-649,717-731, 748-753, 755-759,760,776,777,778.792 | 6,12,27,53-57,59,66,74,88,89,97, 100 | 1-11,17-20 | 1-28 |
| 6. | ПК-8 | 254,237-239,515, 650-654,697-703,708-710,712,717-728,738-741 | 12,27,52,55,59,66,74,88,89,97, 100 | 1-11,17-20 | 1-28 |
| 7. | ПК-9 | 226-232,236-242,247-250,253- | 35, 64-66 | 1-11,17-20 | 1-28 |

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|--|--|--|
| | | 255,493,494,51 7,700, | | | |
|--|--|--------------------------|--|--|--|

3 семестр

| № | Индекс компетенции | Наименование контрольных мероприятий | | | |
|-----------|--------------------|--|---|---------------------------------|---------------|
| | | Тестирование | Собеседование | Выполнение практических навыков | Решение задач |
| | | Наименование материалов оценочных средств | | | |
| | | Тесты | Вопросы собеседования | Алгоритмы практических навыков | Задачи |
| № задания | | | | | |
| 1. | УК-1 | 219, 493,597-619,620-633,634-649,732,733,735-737, 742, 743,760, | 1-100 | 1-20 | 1-28 |
| 2. | ПК-1 | 231,232,237-239, 460-471,494,597-619,707,761,764,765,768, 761,767 | 1-100 | 1-20 | 1-28 |
| 3. | ПК-2 | 102,116,124,148,151,152,160-163,237-239, 472,495-497,754,780 | 1-100 | 1,2 | 1-28 |
| 4. | ПК-5 | 1,14-18,39-70,120-123,125-147,167.207,233,274-307,401-412,498,499,620-633,734794,795 | 3,5,7,8,10,15, 19,24,26,29,32,41,42,46,49,60,63,64,65,69,72,73, 76,79,87,90.93,94,96,99 | 1-20 | 1-28 |
| 5. | ПК-6 | 13,19,20,37,38, 71,72,117,119, 151,152,181-190,236,249-252,268-273.308,451-459,500-514,634-649,717-731, 748-753, 755-759,760,776,777,778.792 | 6,12,27,53-57,59,66,74,88,89,97, 100 | 1-20 | 1-28 |
| 6. | ПК-8 | 254,237-239,515, 650- | 12,27,52,55,59,6 | 1-20 | 1-28 |

| | | | | | |
|----|------|---|-------------------|------------|------|
| | | 654,697-703,708-710,712,717-728,738-741 | 6,74,88,89,97,100 | | |
| 7. | ПК-9 | 226-232,236-242,247-250,253-255,493,494,517,700 | 35, 64-66 | 1-11,17-20 | 1-28 |

3. Соответствие формируемых компетенций задачам освоения программы практики

| Компетенции | Результаты освоения программы практики | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|--|---|
| | Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний эндокринологического профиля, установления диагноза | Назначение лечения детям с заболеваниями эндокринологического профиля, контроль его эффективности и безопасности | Назначение реабилитационных мероприятий детям с заболеваниями эндокринологического профиля и контроль их эффективности | Назначение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни | Ведение медицинской документации, проведение анализа медико-статистической информации, организация деятельности подчиненного персонала | |
| УК-1 | + | + | + | + | + | |
| ПК-1 | + | | | + | | |
| ПК-2 | + | | | | | + |
| ПК-5 | + | | | | | + |
| ПК-6 | | + | | | | |
| ПК-8 | | | | + | + | |
| ПК-9 | | | | | + | |

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к

самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знанием для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики (Б 2)

Тесты

1. Какое из заболеваний является причиной гипопитуитаризма:
 - А. Синдром Иценко-Кушинга
 - Б. Синдром Шерешевского-Тернера
 - В. Гипохондроплазия
 - Г. Синдром Прадера-Вилли
 - Д. Краниофарингеома
2. Для какого из заболеваний характерно пропорциональное телосложение
 - А. Ахондроплазия
 - Б. Мукополисахаридоз
 - В. Гипотиреоз
 - Г. Гипопитуитаризм
 - Д. Синдром Марфана
3. В каком из случаев низкорослости «костный» возраст соответствует паспортному
 - А. Психо-эмоциональная депривация
 - Б. Гипопитуитаризм
 - В. Гипотиреоз
 - Г. Ахондроплазия
 - Д. Длительный прием глюкокортикоидов в больших дозах
4. Какой симптом характерен для гипопитуитаризма:
 - А. Пропорциональная низкорослость
 - Б. Макроцефалия
 - В. Микроцефалия
 - Г. Крупные кисти и стопы
 - Д. Отставание в психо-моторном развитии
5. Какой из методов применяют для доказательства дефицита гормона роста:
 - А. Клофелиновый и инсулиновый тесты
 - Б. Исследование СТГ в крови, взятой натощак
 - В. Дексаметазоновый тест
 - Г. Исследование уровня СТГ после нагрузки глюкозой
 - Д. Тест с диферелином
6. Исследование ИФР-I и/или стимулированного СТГ в крови больного с задержкой роста целесообразно в случае:
 - А. Задержка роста -1-2SD
 - Б. «Костный» возраст соответствует паспортному
 - В. Скорость роста ниже 5 перцентиля
 - Г. Задержка роста с диспропорциональным телосложением
 - Д. Синдром Шерешевского-Тернера
7. Какой из препаратов применяют при заместительной терапии изолированного дефицита гормона роста:

- А. Синактен
- Б. Тиреоидные гормоны
- В. Препараты гормона роста
- Г. Половые гормоны
- Д. Глюкокортикоиды

8. Какой из признаков характерен для семейной низкорослости

- А. Низкорослость с укорочением конечностей
- Б. Низкий рост родителей
- В. Низкий рост при рождении
- Г. "Костный" возраст опережает паспортный
- Д. Сниженный базальный уровень СТГ в крови

9. Какой из симптомов характерен для первичной низкорослости:

- А. Низкий рост родителей
- Б. Задержка полового развития
- В. Низкий рост при рождении
- Г. "Костный" возраст отстает от паспортного
- Д. Сниженный базальный уровень СТГ в крови

10. Какой из симптомов характерен для гипохондроплазии:

- А. Пропорциональная низкорослость
- Б. Низкорослость с укорочением конечностей
- В. Микроцефалия
- Г. Задержка полового развития
- Д. «Костный» возраст отстает от паспортного

11. Для какого синдрома с высокорослостью характерна гипогликемия:

- А. Синдром Марфана
- Б. Синдром Вивера
- В. Синдром Клайнфельтера
- Г. Синдром Сотоса
- Д. Синдром Видемана-Беквита

12. Какой симптом характерен для гипофизарного гигантизма у подростков

- А. Высокорослость с относительным увеличением кистей и стоп
- Б. Высокорослость с относительным укорочением конечностей
- В. Умственная отсталость
- Г. Микромелия
- Д. Ускорение «костного» возраста

13. Какой метод лечения является методом выбора при интраселлярной соматотропиноме:

- А. Препараты соматостатина
- Б. Дофаминергические препараты
- В. Трансфеноидальная аденомэктомия
- Г. Гамма-терапия
- Д. Блокаторы рецепторов гормона роста

14. Подберите наиболее характерные сочетания "костного" возраста (КВ) и максимального уровня стимулированного СТГ в крови для дефицита гормона роста:

- А. КВ = паспортному; СТГ - 11,2 нг/мл
- Б. КВ = паспортному; СТГ - 0,5 нг/мл
- В. КВ отстает от паспортного на 2,5 SD; СТГ – 11,2 нг/мл
- Г. КВ отстает от паспортного на 3,5SD; СТГ - 0,5 нг/мл

Д. КВ отстает от паспортного на 2,0 SD; СТГ – 100,2 нг/мл

15. Подберите наиболее характерные сочетания "костного" возраста (КВ) и максимального уровня стимулированного СТГ в крови для синдрома Ларона:

А. КВ = паспортному; СТГ - 11,2 нг/мл.

Б. КВ = паспортному; СТГ - 0,5 нг/мл

В. КВ отстает от паспортного на 2,5 SD; СТГ – 11,2 нг/мл

Г. КВ отстает от паспортного на 3,5SD; СТГ - 0,5 нг/мл

Д. КВ отстает от паспортного на 2,0 SD; СТГ – 100,2 нг/мл

16. Подберите наиболее характерные сочетания "костного" возраста (КВ) и максимального уровня стимулированного СТГ в крови для семейной низкорослости:

А. КВ = паспортному; СТГ - 11,2 нг/мл.

Б. КВ = паспортному; СТГ - 0,5 нг/мл

В. КВ отстает от паспортного на 2,5 SD; СТГ – 11,2 нг/мл

Г. КВ отстает от паспортного на 3,5SD; СТГ - 0,5 нг/мл

Д. КВ отстает от паспортного на 2,0 SD; СТГ – 100,2 нг/мл

17. Подберите наиболее характерные сочетания "костного" возраста (КВ) и максимального уровня стимулированного СТГ в крови для низкорослости соматического генеза:

А. КВ = паспортному; СТГ - 11,2 нг/мл.

Б. КВ = паспортному; СТГ - 0,5 нг/мл

В. КВ отстает от паспортного на 2,5 SD; СТГ – 11,2 нг/мл

Г. КВ отстает от паспортного на 3,5SD; СТГ - 0,5 нг/мл

Д. КВ отстает от паспортного на 2,0 SD; СТГ – 100,2 нг/мл

18. Низкорослость характерна для соматических заболеваний, кроме:

А. Хроническая болезнь почек

Б. Ювенильный ревматоидный артрит

В. Хронический гастродуоденит

Г. Порок сердца с недостаточностью кровообращения

Д. Бронхолегочная дисплазия

19. Какой из препаратов можно назначить мальчику с конституциональной задержкой роста (рост ниже 3 перцентиля) и пубертата

А. Препараты гормона роста

Б. Препараты тестостерона

В. Анаболические стероиды

Г. Тироксин

Д. Аналоги гонадолиберина

20. Какой из препаратов Вы назначите ребенку с задержкой роста гипоксемического генеза

А. Препараты гормона роста

Б. Тестостерон

В. Анаболические стероиды

Г. Тироксин

Д. Ни один из этих препаратов

21. Какой из признаков характерен для конституциональной высокорослости:

А. Диспропорциональная высокорослость

Б. Макросомия плода

В. Высокий рост родителей

Г. Ускорение «костного» возраста

Д. Отсутствие снижения уровня СТГ после нагрузки глюкозой

22. Для какого заболевания с высокорослостью в детстве характерен низкий конечный рост
- А. Гипофизарный гигантизм
 - Б. Преждевременное половое развитие
 - В. Синдром Марфана
 - Г. Синдром Сотоса
 - Д. Синдром Клайнфельтера
23. Какое исследование является наиболее надежным методом скрининга гипофизарного гигантизма
- А. Определение «костного» возраста»
 - Б. Определение фосфата крови
 - В. Определение уровня ИФР1
 - Г. Определение глюкозы крови
 - Д. Дофаминовый тест
24. Какое из заболеваний сопровождается дефицитом СТГ
- А. Несахарный диабет
 - Б. Гипопитуитаризм
 - В. Ахондроплазия
 - Г. Гипогонадизм
 - Д. Синдром Шерешевского-Тернера
25. Опухоль, секретирующая СТГ, обычно локализуется в
- А. Поджелудочной железе
 - Б. Гипоталамо-гипофизарной области
 - В. Яичниках
 - Г. Кости
 - Д. Средостении
26. Органический вариант дефицита гормона роста может быть обусловлен наличием
- А. Гипоплазии гипофиза
 - Б. Опухоли гипофиза
 - В. Кровоизлияния в надпочечники
 - Г. Дефицита ИФР-1
 - Д. Резистентности к ИФР-1
27. Для какого из перечисленных синдромов характерна задержка роста:
- А. Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта
 - Б. Синдром Каллман
 - В. Синдром Шерешевского-Тернера
 - Г. Синдром Сотоса
 - Д. Все перечисленное верно
28. Для проведения СТГ-стимуляционных тестов используют все, кроме
- А. Клофелин
 - Б. Инсулин
 - В. Анаприлин
 - Г. L-ДОПА
 - Д. Аргинин
29. Секрецию СТГ подавляет
- А. Глюкагон
 - Б. Серотонин

- В. Эстрогены
- Г. Соматостатин
- Д. Инсулин

30. Лабораторно-инструментальные критерии семейной высокорослости

- А. Нормальный уровень гормона роста с высокими ночными пиками, костный возраст соответствует паспортному
- Б. R-грамма черепа - увеличение размеров и свода черепа
- В. Повышение уровня СТГ
- Г. УЗИ-увеличение размеров внутренних органов.
- Д. Повышенный уровень ТТГ

31. Для синдрома Марфана характерны перечисленные симптомы, кроме:

- А. Макросомия плода
- Б. Высокорослость в постнатальном периоде
- В. Астенические пропорции тела
- Г. Проплапс митрального клапана
- Д. Подвывих хрусталика

32. Гормон роста обладает всеми перечисленными эффектами в организме, кроме одного:

- А. Активизирует глюконеогенез
- Б. Стимулирует синтез ИРФ-1
- В. Анаболический эффект
- Г. Стимулирует запасание жира в депо.
- Д. Активизирует транспорт аминокислот.

33. Возможным осложнением терапии препаратами гормона роста может быть:

- А. Ранее закрытие зон роста
- Б. Периферические отеки (лицо, голени)
- В. Судорожные сокращения мышц
- Г. Гипогликемия
- Д. Жировой гепатоз

34. Какой метод обследования должен назначаться всем больным с низкорослостью в первую очередь?

- А. Определение кариотипа
- Б. УЗИ органов малого таза
- В. Рентгенография костей кисти и лучезапястных суставов
- Г. Исследование базального уровня гормона роста
- Д. Проба с инсулином

35. Какие препараты можно использовать для редукции конечного роста при конституциональной высокорослости

- А. Бромкриптин
- Б. Препараты половых гормонов
- В. Анаболические стероиды
- Г. Антиандрогены
- Д. Блокаторы рецепторов гормона роста

36. Все симптомы характерны для гипопитуитаризма, кроме

- А. Задержка роста более 3SD
- Б. Инфантильные пропорции тела
- В. Отставание в психомоторном развитии
- Г. Отставание «костного» возраста на 2SD и более

Д. Задержка полового развития

37. Все препараты применяют при заместительной терапии гипопитуитаризма, кроме

- А. Препараты гормона роста
- Б. Тиреоидные гормоны
- В. Синактен
- Г. Половые гормоны
- Д. Глюкокортикоиды

38. Наследственный дефицит гормона роста при дефекте гена Prgp-1, сочетается с дефицитом перечисленных гормонов, кроме:

- А. ТТГ
- Б. Пролактин
- В. АКТГ
- Г. АДГ
- Д. ЛГ, ФСГ

39. Низкорослость вследствие резистентности к гормону роста, характерна для:

- А. Дефект гена Pit - 1
- Б. Синдром Нунан
- В. Синдром Шерешевского-Тернера
- Г. Наследственная остеодистрофия Олбрайта
- Д. Синдром Ларона

40. Для какой формы высокорослости характерна макросомия плода

- А. Синдром Сотоса
- Б. Гипофизарный гигантизм
- В. Синдром Клайнфельтера
- Г. Синдром Марфана
- Д. Конституциональная высокорослость

41. Отсутствие роста злокачественной внутречерпной опухоли или её рецидива должно быть задокументировано в течении какого времени до начала лечения ГР:

- А. 6 мес
- Б. 12 мес
- В. 24 мес
- Г. 36 мес
- Д. лечение гормоном роста противопоказано

42. Доза препаратов гормона роста для лечения дефицита гормона роста

- А. 0,18 мг/кг в сутки
- Б. 0,033мг/кг в сутки
- В. 0,05 мг/кг в сутки
- Г. 0,25 мг/кг в сутки
- Д. 0,5 мг/кг в неделю

43. Для врожденного дефицита гормона роста характерно все, кроме

- А. Сниженная спонтанная и стимулированная секреция СТГ
- Б. Недоразвитие костей лицевого скелета
- В. Костный возраст отстает от паспортного
- Г. Внутриутробная задержка развития
- Д. Гипогликемия в раннем возрасте

44. Отставание в росте при врожденном дефиците гормона роста начинается

- А. С рождения
- Б. С 2-4 лет
- В. С 6-7 лет
- Г. С 9-12 лет
- Д. После 12 лет

45. Для какого заболевания характерен тип телосложения с чертами раннего закрытия зон роста (укороченные конечности, относительно длинное туловище)

- А. Дефицит гормона роста
- Б. Синдром Шерешевского-Тернера
- В. Синдром Клайнфельтера
- Г. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы
- Д. Конституциональная задержка роста.

46. Для конституциональной задержки роста и пубертата характерны все признаки, кроме

- А. Низкий уровень тестостерона в крови
- Б. Отсутствие ответа на пробу с хорионическим гонадотропином
- В. Допубертатные значения ЛГ и ФСГ в крови
- Г. Отставание «костного» возраста
- Д. Задержка пубертата в анамнезе у родителей

47. Для синдрома Нунан верны все утверждения, кроме:

- А. В части случаев может наблюдаться дефицит гормона роста
- Б. Имеются фенотипические черты синдрома Шерешевского-Тернера
- В. Всем пациентам показана терапия гормоном роста
- Г. Кариотип нормальный
- Д. Встречается у лиц обоего пола

48. Больные с дефицитом гормона роста получают инъекции гормона роста:

- А. 1 раз в день
- Б. 2 раза в день
- В. 3 раза в неделю
- Г. 2 раза в неделю
- Д. 1 раз в 6 месяцев.

49. Гормон роста оказывает на уровень глюкозы в крови следующее действие:

- А. Инсулиноподобное
- Б. Контринсулярное
- В. Двухфазное
- Г. Аналогичное глюкагоноподобному пептиду
- Д. Не оказывает действие

50. Секретию гормона роста стимулирует все, кроме

- А. Повышение уровня свободных жирных кислот
- Б. Сон
- В. Бодрствование
- Г. Гипогликемия
- Д. Физическая нагрузка

51. Найдите стимулированный уровень СТГ крови (нг/мл), типичный для дефицита гормона роста

- А. 10,0
- Б. 2,4
- В. 70,0

- Г. 20,0
- Д. 15,0

52. Критериями диагностики дефицита гормона роста является все перечисленное, кроме

- А. Отставание в росте более -2 SDS роста
- Б. Отставание костного возраста
- В. Раннее закрытие зон роста
- Г. Темпы роста менее 4 см в год
- Д. Пик секреции СТГ менее 10,0 нг/мл

53. При функциональной пробе с инсулином для оценки стимулированной секреции СТГ необходимо снижение гликемии до:

- А. 3,9 ммоль/л
- Б. 3,5 ммоль/л
- В. 3,0 ммоль/л
- Г. 2,5 ммоль/л
- Д. 1,5 ммоль/л

54. Большое значение в диагностике дефицита гормона роста имеет оценка скорости роста. При нерегулярных измерениях роста, требуется минимум 2 измерения длины тела с интервалом не более:

- А. 3 мес
- Б. 6 мес
- В. 12 мес
- Г. 24 мес
- Д. 30 мес

55. Низкорослость может наблюдаться при эндокринных заболеваниях, кроме

- А. Гипопитуитаризм
- Б. Изолированный дефицит гормона роста
- В. Синдром Иценко-Кушинга
- Г. Гипогонадизм
- Д. Гипотиреоз

56. Гормональными критериями гипофизарного гигантизма является

- А. Повышение СТГ в крови в ответ на введение инсулина.
- Б. Отсутствие подавления СТГ в крови после нагрузки глюкозой
- В. Отсутствие подавления СТГ в крови в ответ на введение дексаметазона
- Г. Повышение СТГ в крови после введения L-ДОПА
- Д. Повышение СТГ в крови после введения аргинина

57. Какие гормоны преимущественно обуславливают рост и дифференцировку костной ткани в пубертатном периоде

- А. Гормон роста
- Б. Тиреоидные гормоны
- В. Половые гормоны
- Г. Пролактин
- Д. Глюкокортикоиды

58. Генетический дефицит гормона роста может быть обусловлен мутациями следующих генов, кроме:

- А. GH1
- Б. PIT1
- В. Prop1

Г. LHX3
Д. GNAS1

59. Клинические проявления гипопитуитаризма (с дефицитом гонадотропинов) включают все, кроме

- А. Микропенис.
- Б. Крипторхизм.
- В. Отсутствие вторичных половых признаков.
- Г. Гипоспадия
- Д. Евнухоидные пропорции тела

60. Гипопитуитаризм необходимо дифференцировать со всеми заболеваниями, кроме

- А. Конституциональной задержкой роста и полового развития
- Б. Семейной низкорослостью
- В. Первичной низкорослостью
- Г. Синдромом Шерешевского-Тернера
- Д. Гипергонадотропным гипогонадизмом

61. Для синдрома Ларона характерно все, кроме

- А. Низкорослость
- Б. Высокий уровень гормона роста в крови
- В. Дефицит ИФР-1.
- Г. Гипогонадизм
- Д. Низкая скорость роста

62. Для синдрома Сильвера-Рассела характерно все, кроме

- А. Дефицит в росте с рождения
- Б. Маленькое треугольное лицо
- В. Преждевременное половое развитие
- Г. Гипотиреоз
- Д. Врожденная асимметрия скелета

63. Расчет среднеожидаемого окончательного роста в зависимости от роста родителей для девочек осуществляется по формуле:

- А. $(\text{Рост отца(см)} + \text{Рост матери(см)}) / 2 + 6,5 \text{ см}$
- Б. $(\text{Рост отца(см)} + \text{Рост матери(см)}) / 2 - 6,5 \text{ см}$
- В. $(\text{Рост отца(см)} + \text{Рост матери(см)}) / 2 + 13 \text{ см}$
- Г. $(\text{Рост отца(см)} + \text{Рост матери(см)}) / 2 - 13 \text{ см}$
- Д. $(\text{Рост отца(см)} + \text{Рост матери(см)}) / 2$

64. Какое из заболеваний является наиболее вероятной причиной гиперпролактинемии выше 3000 мМЕ/л:

- А. Гипопитуитаризм
- Б. Пролактинома
- В. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы
- Г. Гипотиреоз
- Д. Синдром поликистозных яичников

65. Какой из симптомов наиболее характерен для гиперпролактинемии у мальчиков:

- А. Фемининное телосложение
- Б. Розовые стрии
- В. Микрогенитализм
- Г. Задержка полового развития, нередко сочетающаяся с аденоархией
- Д. Задержка «костного» возраста

66. Какой из нижеперечисленных симптомов характерен для гиперпролактинемического гипогонадизма у девочек-подростков?
- А. Задержка роста
 - Б. Нарушения менструального цикла или аменорея
 - В. Снижение массы тела
 - Г. Сухость кожи
 - Д. Позднее развитие молочных желез
67. Какой из методов предпочтителен при лечении гиперпролактинемии вследствие микропролактиномы:
- А. Диферелин
 - Б. Достинекс
 - В. Церукал
 - Г. Лучевая терапия
 - Д. Трансфеноидальная аденомэктомия
68. Какое состояние приводит к развитию центрального несахарного диабета:
- А. Перерезка ножки гипофиза
 - Б. Микроаденома гипофиза
 - В. Гипокалиемия
 - Г. Гиперкальциемия
 - Д. Избыточное употребление хлорида натрия
69. Какой из перечисленных симптомов характерен для несахарного диабета у грудных детей:
- А. Низкий рост при рождении
 - Б. Отек мозга
 - В. Быстрое развитие эксикоза при недостатке жидкости
 - Г. Брадикардия
 - Д. Гипокалиемия
70. Какой из перечисленных методов позволяет дифференцировать центральный и нефрогенный несахарный диабет:
- А. Проба Зимницкого
 - Б. Определение осмоляльности плазмы
 - В. Определение осмоляльности мочи
 - Г. Концентрационный тест
 - Д. Тест с десмопрессином
71. Какой из методов лечения используется при первичной полидипсии:
- А. Инфузия хлорида натрия
 - Б. Минирин
 - В. Гипотиазид
 - Г. Хлорпропамид
 - Д. Ограничение жидкости
72. Какой из перечисленных препаратов применяется в лечении центрального несахарного диабета?
- А. Гипотиазид
 - Б. Индометацин
 - В. Клофибрат
 - Г. Хлорпропамид
 - Д. Минирин

73. При несахарном диабете наблюдаются следующие симптомы, кроме:

- А. Отеки
- Б. Полидипсия
- В. Полиурия
- Г. Сухость кожи и слизистых
- Д. Снижение массы тела

74. Какой из перечисленных методов позволяет дифференцировать первичную полидипсию от центрального и нефрогенного несахарного диабета:

- А. Проба Зимницкого
- Б. Определение осмоляльности плазмы
- В. Определение осмоляльности мочи
- Г. Концентрационный тест
- Д. Тест с десмопрессином

75. Причиной нефрогенного несахарного диабета могут быть перечисленные состояния, кроме:

- А. Мутация гена аквапорина – 2
- Б. Мутации гена рецептора V₂
- В. Обструкция мочевыводящих путей
- Г. Синдром Вольфрама (DIDMOAD – синдром)
- Д. Гипокалиемия

76. Мальчик 10 лет с центральным несахарным диабетом. Получает минирин по 1 таб. 3 раза в день. Отеки, головные боли. За сутки выпивает 1200 мл жидкости, выделяет 450 мл, удельный вес мочи - 1014.

Ваша тактика:

- А. Увеличить дозу минирина
- Б. Отменить минирин
- В. Уменьшить дозу минирина
- Г. Рекомендовать употреблять меньше жидкости
- Д. Рекомендовать КТ органов брюшной полости

77. У ребенка жажда, полиурия, признаки обезвоживания. Гликемия во все часы не превышает норму, реакция мочи на ацетон и глюкозу отрицательная. Анализ мочи без патологии. Гиперазотемии нет. Удельный вес мочи в течение суток 1000,0-1004,0. Наиболее вероятный диагноз

- А. Хроническая почечная недостаточность
- Б. Хроническая надпочечниковая недостаточность
- В. Диабетическая нефропатия
- Г. Несахарный диабет
- Д. Врожденный канальцевый синдром.

78. В каких случаях диагностируют полиурию:

- А. Выделение мочи более 3л/сут
- Б. Выделение мочи более 2л/м² поверхности тела в сутки
- В. Выделение мочи более 2л/сут
- Г. Выделение мочи более 1,5 л/сут.
- Д. Выделение мочи более 2л/кг

79. Какая осмоляльность мочи (мосмоль/кг) в ходе следующих тестов характерна для первичной полидипсии:

- А. Концентрационный тест >750, Тест с десмопрессином >750
- Б. Концентрационный тест <300, Тест с десмопрессином >750
- В. Концентрационный тест <300, Тест с десмопрессином <300

- Г. Концентрационный тест 300-750, Тест с десмопрессином >750
Д. Концентрационный тест 750, Тест с десмопрессином < 300

80. Какая осмоляльность мочи (мосмоль/кг) в ходе следующих тестов характерна для центрального несахарного диабета:

- А. Концентрационный тест >750, Тест с десмопрессином >750
Б. Концентрационный тест <300, Тест с десмопрессином >750
В. Концентрационный тест <300, Тест с десмопрессином <300
Г. Концентрационный тест 300-750, Тест с десмопрессином >750
Д. Концентрационный тест 750, Тест с десмопрессином < 300

81. Какая осмоляльность мочи (мосмоль/кг) в ходе следующих тестов характерна для нефрогенного несахарного диабета:

- А. Концентрационный тест >750, Тест с десмопрессином >750
Б. Концентрационный тест <300, Тест с десмопрессином >750
В. Концентрационный тест <300, Тест с десмопрессином <300
Г. Концентрационный тест 300-750, Тест с десмопрессином >750
Д. Концентрационный тест 750, Тест с десмопрессином < 300

82. Какие показатели относительной плотности мочи характерны для несахарного диабета?

- А. 1005,0 - 1015,0.
Б. 1000,0 - 1003,0.
В. 1010,0 - 1012,0.
Г. 1008,0 - 1018,0.
Д. 1025,0 - 1030,0.

83. Какой из анализов используется для подбора и коррекции дозы минирина при несахарном диабете?

- А. Проба Нечипоренко
Б. Определение функционального почечного резерва
В. Общий анализ мочи
Г. Проба Зимницкого
Д. Проба Реберга

84. Антидиуретический гормон секретируется в:

- А. Аденогипофизе
Б. Нейрогипофизе
В. В мозжечке
Г. В коре надпочечников
Д. В гипоталамусе

85. Какое из нижеперечисленных утверждений о тиреотоксикозе новорожденных соответствует истине

- А. Встречается преимущественно у девочек.
Б. Требуется длительной терапии анти тиреоидными препаратами
В. Оперативное лечение ДТЗ в 2 триместре беременности предотвращает его развитие
Г. Не возникает, если мать лечится анти тиреоидными средствами
Д. Возникает вследствие трансплацентарного переноса тиреоидстимулирующего глобулина.

86. Какое из нижеперечисленных утверждений об аутоиммунном тиреоидите соответствует истине

- А. У детей встречается крайне редко
Б. Требуется обязательного лечения тиреоидными гормонами
В. Пик его наблюдается в раннем детском возрасте.

- Г. Встречается в местности, бедной йодом.
- Д. Заболевание в 4-7 раз чаще поражает девочек.

87. Какой из симптомов характерен для аутоиммунного тиреоидита

- А. Увеличенная уплотненная щитовидная железа
- Б. Увеличенная мягкая («тестоватая») щитовидная железа
- В. Увеличение шейных лимфоузлов
- Г. Болезненность щитовидной железы
- Д. Гиперемия кожи над щитовидной железой

88. Какое из лабораторных исследований применяется для диагностики аутоиммунного тиреоидита

- А. Антитела к вирусу краснухи
- Б. Антитела к тиреоидной пероксидазе
- В. Термография щитовидной железы
- Г. Компьютерная томография щитовидной железы
- Д. Антитела к тиреоидным гормонам

89. С каким из перечисленных заболеваний сочетается аутоиммунный тиреоидит

- А. Кистоз фиброз
- Б. Изолированный дефицит гормона роста
- В. Синдром Шерешевского-Тернера
- Г. Хронический панкреатит
- Д. Сахарный диабет 2 типа

90. Какой из факторов приводит к врожденной гипоплазии щитовидной железы

- А. Гестоз
- Б. Радиационное поражение зачатка щитовидной железы
- В. Генетически обусловленный дефект секреции тиреоидных гормонов
- Г. Хроническая внутриутробная гипоксия
- Д. Врожденный гипотиреоз у матери

91. Какой из методов используется для диагностики врожденного гипотиреоза в неонатальном периоде

- А. Определение уровней ТТГ и Т₄ в крови
- Б. Клинический осмотр
- В. ЭКГ
- Г. Исследование уровней холестерина и липидов в крови
- Д. Оценка "костного" возраста

92. Какой из симптомов характерен для врожденного гипотиреоза у новорожденного

- А. Плохое удержание тепла, быстрая охлаждаемость
- Б. Внутриутробная гипотрофия
- В. Срыгивания и рвота
- Г. Низкий рост при рождении
- Д. Гиперпигментация

93. Какой из перечисленных симптомов характерен для врожденного гипотиреоза у ребенка в возрасте старше 6 месяцев

- А. Срыгивания и рвота
- Б. Отставание в росте
- В. Избыточные прибавки массы тела
- Г. Гиперпигментация
- Д. Симптомы эксикоза

94. Какой из лабораторных показателей типичен для больного с врожденным гипотиреозом в возрасте старше 6 месяцев
- А. Гипонатриемия
 - Б. Гиперкальциемия
 - В. Ускорение времени ахиллова рефлекса
 - Г. Ускорение "костного" возраста
 - Д. Повышение уровня ТТГ в крови выше 10 мМЕ/л
95. Какой из препаратов используется при терапии врожденного гипотиреоза
- А. Эутирокс
 - Б. Трийодтиронин
 - В. Тиреотом
 - Г. Тиреокомб
 - Д. Йодбаланс
96. Какова стартовая доза левотироксина у новорожденного с врожденным гипотиреозом
- А. 3-5 мкг/кг/сут
 - Б. 6-8 мкг/кг/сут
 - В. 10-15 мкг/кг/сут
 - Г. 15-20 мкг/кг/сут
 - Д. 12,5 мкг/сут
97. Какой из перечисленных методов позволяет различить гипертиреоидную стадию аутоиммунного тиреоидита и диффузный токсический зоб
- А. Определение антител к тиреоглобулину в крови
 - Б. Исследование ТТГ и тиреоидных гормонов в крови
 - В. УЗИ щитовидной железы
 - Г. Определение антител к тиреоидной пероксидазе в крови
 - Д. Ни один из перечисленных
98. Какой метод лечения применяется при приобретенном гипотиреозе
- А. Малые дозы левотироксина
 - Б. Заместительные дозы левотироксина
 - В. Прерывистые курсы левотироксина
 - Г. Физиотерапевтическое лечение
 - Д. Препараты йода
99. Какой препарат используют для стартовой терапии диффузного токсического зоба:
- А. Тиамазол
 - Б. Левотироксин
 - В. Анаприлин
 - Г. Резерпин
 - Д. Йодистый калий
100. Что из перечисленного является показанием к тиреоидэктомии у ребенка с диффузным токсическим зобом:
- А. Гипотиреоз на фоне тиреостатической терапии
 - Б. Младший возраст пациента
 - В. Серьезные осложнения тиреостатической терапии
 - Г. Однократный рецидив после отмены терапии
 - Д. Анемия
101. Какой из перечисленных препаратов применяют в лечении тиреотоксического криза:

- А. Срочная тиреоидэктомия
- Б. α -адреноблокаторы (тропафен) внутривенно
- В. Декстратироксин внутрь
- Г. Тионамиды в больших дозах внутрь, в том числе через зонд
- Д. Инсулин внутривенно

102. Какое из перечисленных заболеваний матери определяет риск развития неонатального тиреотоксикоза у новорожденного

- А. Гипотиреоз
- Б. Сахарный диабет
- В. Диффузный токсический зоб
- Г. Аутоиммунный тиреоидит
- Д. Узловой токсический зоб

103. Какие гормональные изменения типичны для тиреотоксикоза

- А. Св. Т4 - 15,0 пмоль/л, ТТГ - 10,8 мМЕ/л
- Б. Св. Т4 - 40 пмоль/л, ТТГ - 0,02 мМЕ/л
- В. Св. Т4 - 4,2 пмоль/л, ТТГ - 62 мМЕ/л
- Г. Св. Т4 - 6,0 пмоль/л, ТТГ - 0,6 мМЕ/л
- Д. Св. Т4 - 27,0 пмоль/л, ТТГ - 3,9 мМЕ/л

104. Какие гормональные изменения типичны для первичного явного гипотиреоза

- А. Св. Т4 - 15,0 пмоль/л, ТТГ - 10,8 мМЕ/л
- Б. Св. Т4 - 40 пмоль/л, ТТГ - 0,02 мМЕ/л
- В. Св. Т4 - 4,2 пмоль/л, ТТГ - 62 мМЕ/л
- Г. Св. Т4 - 6,0 пмоль/л, ТТГ - 0,6 мМЕ/л
- Д. Св. Т4 - 27,0 пмоль/л, ТТГ - 3,9 мМЕ/л

105. Какие гормональные изменения типичны для вторичного гипотиреоза

- А. Св. Т4 - 15,0 пмоль/л, ТТГ - 10,8 мМЕ/л
- Б. Св. Т4 - 40 пмоль/л, ТТГ - 0,02 мМЕ/л
- В. Св. Т4 - 4,2 пмоль/л, ТТГ - 62 мМЕ/л
- Г. Св. Т4 - 6,0 пмоль/л, ТТГ - 0,6 мМЕ/л
- Д. Св. Т4 - 27,0 пмоль/л, ТТГ - 3,9 мМЕ/л

106. Какие гормональные изменения типичны для субклинического гипотиреоза

- А. Св. Т4 - 15,0 пмоль/л, ТТГ - 10,8 мМЕ/л
- Б. Св. Т4 - 40 пмоль/л, ТТГ - 0,02 мМЕ/л
- В. Св. Т4 - 4,2 пмоль/л, ТТГ - 62 мМЕ/л
- Г. Св. Т4 - 6,0 пмоль/л, ТТГ - 0,6 мМЕ/л
- Д. Св. Т4 - 27,0 пмоль/л, ТТГ - 3,9 мМЕ/л

107. Какие гормональные изменения типичны для синдрома резистентности к тиреоидным гормонам

- А. Св. Т4 - 15,0 пмоль/л, ТТГ - 10,8 мМЕ/л
- Б. Св. Т4 - 40 пмоль/л, ТТГ - 0,02 мМЕ/л
- В. Св. Т4 - 4,2 пмоль/л, ТТГ - 62 мМЕ/л
- Г. Св. Т4 - 6,0 пмоль/л, ТТГ - 0,6 мМЕ/л
- Д. Св. Т4 - 27,0 пмоль/л, ТТГ - 3,9 мМЕ/л

108. Какие ультразвукографические признаки типичны для диффузного токсического зоба

- А. Увеличение щитовидной железы при неизменной эхоструктуре
- Б. Увеличение одной из долей железы и уменьшение второй доли при неизменной эхоструктуре

В. Увеличение щитовидной железы при снижении эхогенности, нечеткости контуров и наличии множественных гипоэхогенных участков

Г. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием эконегативных(ого) образований с четкими контурами округлой формы

Д. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием гипо-, гипер- или изоэхогенного образования

109. Какие ультрасонографические признаки типичны для простого зоба

А. Увеличение щитовидной железы при неизменной эхоструктуре

Б. Увеличение одной из долей железы и уменьшение второй доли при неизменной эхоструктуре

В. Увеличение щитовидной железы при снижении эхогенности, нечеткости контуров и наличии множественных гипоэхогенных участков

Г. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием эконегативных(ого) образований с четкими контурами округлой формы

Д. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием гипо-, гипер- или изоэхогенного образования

110. Какие ультрасонографические признаки типичны для аутоиммунного тиреоидита

А. Увеличение щитовидной железы при неизменной эхоструктуре

Б. Увеличение одной из долей железы и уменьшение второй доли при неизменной эхоструктуре

В. Увеличение щитовидной железы при снижении эхогенности, нечеткости контуров и наличии множественных гипоэхогенных участков

Г. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием эконегативных(ого) образований с четкими контурами округлой формы

Д. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием гипо-, гипер- или изоэхогенного образования

111. Какие ультрасонографические признаки типичны для узла щитовидной железы

А. Увеличение щитовидной железы при неизменной эхоструктуре

Б. Увеличение одной из долей железы и уменьшение второй доли при неизменной эхоструктуре

В. Увеличение щитовидной железы при снижении эхогенности, нечеткости контуров и наличии множественных гипоэхогенных участков

Г. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием эконегативных(ого) образований с четкими контурами округлой формы

Д. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием гипо-, гипер- или изоэхогенного образования

112. Какие ультрасонографические признаки типичны для кисты щитовидной железы

А. Увеличение щитовидной железы при неизменной эхоструктуре

Б. Увеличение одной из долей железы и уменьшение второй доли при неизменной эхоструктуре

В. Увеличение щитовидной железы при снижении эхогенности, нечеткости контуров и наличии множественных гипоэхогенных участков

Г. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием эконегативных(ого) образований с четкими контурами округлой формы

Д. Асимметричное увеличение щитовидной железы с наличием гипо-, гипер- или изоэхогенного образования

113. При неагрессивном папиллярном раке щитовидной железы у девочек пубертатного возраста (одиночная опухоль размером до 1 см, без выхода за пределы капсулы по данным послеоперационного гистологического исследования, при доказанном отсутствии регионарных и отдаленных метастазов) возможно проведение операции в объеме

А. Энуклеации опухоли

Б. Лобэктомии

В. Гемитиреоидэктомии

- Г. Тиреоидэктомии
- Д. Тиреоидэктомии с удалением лимфатических узлов центральной зоны шеи

114. Какой метод применяется для диагностики тиреотоксикоза у детей

- А. Определение антител к тиреопероксидазе
- Б. Определение ТТГ и Т4 свободного в крови
- В. Пункционная биопсия щитовидной железы
- Г. Сцинтиграфия щитовидной железы
- Д. Компьютерная томография щитовидной железы

115. Если диаметр очага дифференцированного рака щитовидной железы превышает 1 см, выявлена многофокусная опухоль или до операции обнаружены метастазы, а также при всех других формах рака щитовидной железы рекомендовано проведение операции в объеме

- А. Энуклеации опухоли
- Б. Лобэктомии
- В. Гемитиреоидэктомии
- Г. Тиреоидэктомии
- Д. Тиреоидэктомии с удалением лимфатических узлов центральной зоны шеи

116. Что является наиболее частой причиной врожденного гипотиреоза

- А. Ферментативный дефект синтеза тиреоидных гормонов
- Б. Гипоплазия щитовидной железы
- В. Транспорт материнский антител через плаценту
- Г. Диффузный токсический зоб у беременной
- Д. Избыток йода у беременной

117. Какое из перечисленных состояний может быть причиной врожденного изолированного гипотиреоза:

- А. Мутации в гене NIS
- Б. Мутации в гене GNAS1
- В. Синдром Ди Джорджи
- Г. Болезнь Вильсона-Коновалова
- Д. Гемосидероз

118. Заместительную терапию левотироксином по результатам 1 этапа неонатального скрининга следует начать при уровне ТТГ

- А. 6-10 мкЕ/мл
- Б. 10-20 мкЕ/мл
- В. 20-40 мкЕ/мл
- Г. Выше 40 мкЕ/мл
- Д. Выше 100 мкЕ/мл

119. Мерказолил может вызывать все перечисленные побочные эффекты, кроме

- А. Кожная сыпь
- Б. Лейкоцитоз
- В. Агрунолоцитоз
- Г. Зобогенный эффект
- Д. Волчаночноподобный синдром

120. При диффузном токсическом зобе отмечаются все перечисленные изменения, кроме

- А. Кожа сухая, бледная
- Б. Кожа влажная, горячая

- В. Стойкий красный дермографизм
- Г. Уменьшение массы тела
- Д. Сердцебиение

121. Выберите физиологическое действие, присущее тиреоидным гормонам

- А. Снижают уровень сахара в крови
- Б. Участвуют в формировании пола ребенка
- В. Влияют на развитие центральной нервной системы антенатально и в периоде младенчества
- Г. Способствуют реабсорбции натрия в почках и увеличению объема внеклеточной жидкости
- Д. Влияют на всасывание кальция из кишечника совместно с витамином Д

122. Для врожденного первичного гипотиреоза характерно все, кроме

- А. Задержка психомоторного развития
- Б. Затянувшаяся желтуха новорожденных
- В. Сухость, мраморность кожи
- Г. Диарея
- Д. Муцинозные отеки

123. Основным фактором патогенеза диффузного токсического зоба является

- А. Гиперпродукция ТТГ
- Б. Резистентность к ТТГ
- В. Персистенция антител к тиреоглобулину
- Г. Персистенция стимулирующих антител к рецептору ТТГ
- Д. Автономная гиперсекреция тиреоидных гормонов опухолью

124. Наиболее информативным методом диагностики рака щитовидной железы является

- А. Сцинтиграфия щитовидной железы
- Б. Пальпаторное исследование
- В. Ультразвуковое исследование щитовидной железы
- Г. Компьютерная томография щитовидной железы
- Д. Тонкоигольная аспирационная биопсия

125. Все утверждения верны, кроме

- А. Радиойодтерапия состоит в назначении пациенту ^{131}I
- Б. Радиойодтерапия состоит в назначении пациенту ^{123}I
- В. Радиойодтерапия микроскопических фокусов опухоли может снизить частоту рецидива
- Г. Радиойодабляция резидуальной тиреоидной ткани облегчает раннюю диагностику рецидива (постоянный анализ ТГ в сыворотке, периодически – сцинтиграфия всего тела)
- Д. Радиойодтерапия позволяет проводить сцинтиграфию всего тела (через 2-5 дней после введения лечебной активности радиойода)

126. Причинами гипертиреоза могут быть все заболевания, кроме

- А. Диффузный токсический зоб, или болезнь Грейвса
- Б. Аутоиммунный тиреоидит
- В. Подострый тиреоидит
- Г. Фиброзно-инвазивный зоб Риделя
- Д. ТТГ-секретирующая аденома гипофиза

127. Больная 4 лет обратилась с жалобами на задержку роста, запоры. При объективном исследовании обнаружена увеличенная плотная щитовидная железа и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения диагноза в первую очередь показано

- А. Проведение сцинтиграфии щитовидной железы
- Б. Определение уровня ТТГ в крови
- В. Определение уровня Са в крови

- Г. Определения уровня Т3 в крови
- Д. Определение уровня антител к тиреоглобулину

128. При пальпаторном выявлении узла в щитовидной железе показано все, кроме

- А. Определение уровня тиреоглобулина в крови
- Б. Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы
- В. Определение ТТГ в крови
- Г. Определение антител к антигенам тиреоцита
- Д. УЗИ щитовидной железы

129. Во время тиреоидэктомии возможны следующие осложнения, кроме

- А. Кровотечение
- Б. Воздушная эмболия
- В. Жировая эмболия
- Г. Травма околощитовидных желез
- Д. Повреждение возвратного нерва

130. Для подострого тиреоидита характерны следующие симптомы, кроме

- А. Быстрое увеличение щитовидной железы
- Б. Болезненность щитовидной железы
- В. Чередование фаз гипер- и гипотиреоза
- Г. Высокий титр антител к рецептору ТТГ
- Д. Увеличение СОЭ

131. Сходство токсической аденомы и болезни Грейвса в том, что они

- А. Встречаются с одинаковой частотой в детском возрасте
- Б. Часто сопровождаются повышенными антителами к антигенам тиреоцита
- В. Часто сопровождаются экзофтальмом
- Г. Имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза
- Д. Имеют сходную аутоиммунную природу

132. Судороги, положительные симптомы Хвостека и Труссо после тиреоидэктомии свидетельствуют о таких последствиях как

- А. Гипотиреоз
- Б. Тиреотоксический криз
- В. Повреждение гортанных нервов
- Г. Гипопаратиреоз
- Д. Остаточные явления тиреотоксикоза

133. Наиболее информативным дифференциально-диагностическим критерием тиреотоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является

- А. Йодопоглотительная функция щитовидной железы
- Б. ЭКГ
- В. Уровень ТТГ в крови
- Г. Уровень Т4 свободного в крови
- Д. Содержание холестерина в крови

134. Избыточное (неоправданное) назначение левотироксина прежде всего вызывает

- А. Нарушение менструального цикла
- Б. Гипертиреоз
- В. Брадикардию
- Г. Гиперкортицизм
- Д. Электролитные сдвиги

135. Средняя длительность консервативного лечения диффузного токсического зоба у детей
- А. 1-3 месяца
 - Б. 6-9 месяцев
 - В. 1-1,5 года
 - Г. 2-4 лет
 - Д. 5-8 лет
136. При тяжелой форме эндокринной офтальмопатии назначают
- А. Препараты йода
 - Б. Глюкокортикоиды
 - В. Иммуностимуляторы
 - Г. Бета-блокаторы
 - Д. Тиамазол в больших дозах
137. Показанием для оперативного лечения диффузного токсического зоба является все, кроме
- А. Мерцательная аритмия
 - Б. Сдавление органов шеи
 - В. Загрудинный зоб
 - Г. Непереносимость тиреостатических препаратов
 - Д. Рецидивирующее течение тиреотоксикоза
138. Первичный гипотиреоз может развиваться в результате всех причин, кроме
- А. Тиреотоксическая аденома
 - Б. Аутоиммунный тиреоидит
 - В. Тиреоидэктомия
 - Г. Лечение радиоактивным йодом
 - Д. Радиотерапия области головы и шеи
139. Наиболее характерным проявлением гипотиреоидного сердца является
- А. Мерцательная аритмия
 - Б. Митральная недостаточность
 - В. Гидроперикард
 - Г. Аортальный стеноз
 - Д. Блокада правой ножки пучка Гиса 2 ст
140. Типичным для гипотиреоза изменением в биохимическом анализе крови является
- А. Повышение уровня аланинаминотрансферазы
 - Б. Повышение уровня билирубина
 - В. Повышение уровня холестерина
 - Г. Повышение уровня общего белка
 - Д. Повышение уровня щелочной фосфатазы
141. Скрининг на врожденный гипотиреоз проводят
- А. Новорожденным с пороками развития
 - Б. Новорожденным в эндемическом по зобу регионе
 - В. Новорожденным, чьи матери во время беременности принимали тиреостатики
 - Г. Всем новорожденным
 - Д. Новорожденным от матерей с эндокринной патологией
142. Для уточнения генеза врожденного гипотиреоза проводят все исследования, кроме
- А. УЗИ щитовидной железы
 - Б. Сцинтиграфия с ^{99}Tc

- В. Определение уровня тиреоглобулина
- Г. Определение антител к тиреоглобулину
- Д. Выявление мутаций генов ТНОХ1, ТНОХ2, ТРО

143. Какое из приведенных лабораторных изменений характерно для псевдопсевдогипопаратиреоза:

- А. Гиперкальциемия
- Б. Гипокальциемия
- В. Нормокальциемия
- Г. Сниженный уровень паратгормона
- Д. Гиперфосфатемия

144. Гиперкальциемия может встречаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- А. Злокачественные новообразования
- Б. Синдром Вильямса
- В. Болезни Вильсона-Коновалова
- Г. Тиреотоксикоз
- Д. Метафизарная хондродисплазия, тип Янсена

145. Клиническая картина гипопаратиреоза включает все симптомы, кроме:

- А. Задержка роста и интеллектуального развития у детей
- Б. Поражение кожи (сухость) и ее придатков
- В. Поражение зубов
- Г. Мышечная гипотония
- Д. Катаракта

146. Врожденный гипопаратиреоз может встречаться в составе синдромов, кроме:

- А. Ди Джорджи
- Б. Кенни-Кафея
- В. Кирнса-Сейра
- Г. Барттера
- Д. Баракат

147. Какое из приведенных лабораторных изменений характерно для простого рахита:

- А. Гиперкальциурия
- Б. Гиперфосфатемия
- В. Снижение уровня паратгормона
- Г. Гипокальциемия
- Д. Гипомагниемия

148. Какое из перечисленных состояний может быть причиной ранней неонатальной гипокальциемии:

- А. Большой прием фосфатов
- Б. Материнский сахарный диабет
- В. Переношенность
- Г. Материнский гипопаратиреоз
- Д. Родовая травма

149. Какое из состояний может быть причиной врожденного изолированного гипопаратиреоза:

- А. Мутации гена, кодирующего синтез G-белка
- Б. Активирующие мутации гена кальциевого рецептора
- В. Синдром Ди Джорджи
- Г. Болезнь Вильсона-Коновалова
- Д. Гемосидероз

150. При псевдогипопаратиреозе Ia типа встречаются все симптомы, кроме:

- А. Ожирение
- Б. Подкожные кальцификаты
- В. Брахидактилия
- Г. Высокородность
- Д. Симптомы тетании

151. Какой из перечисленных препаратов является препаратом выбора при лечении гипопаратиреоза:

- А. Миакальцик
- Б. Эргокальциферол
- В. АТ-10
- Г. Оксидевит
- Д. Фосамакс

152. Какой из методов используется при лечении неопластической гиперкальциемии:

- А. Гемотрансфузия
- Б. Антикальциевые препараты
- В. Бифосфонаты
- Г. Кальцитриол (1,25 дигидроксихолекальциферол)
- Д. Физиотерапия

153. Подберите сывороточное содержание кальция (Ca) и фосфата (P), характерное для гипопаратиреоза

- А. Низкий P, нормальный Ca
- Б. Низкий P, высокий Ca
- В. Нормальный P, низкий Ca
- Г. Нормальный P, нормальный Ca
- Д. Высокий P, низкий Ca

154. Какой из перечисленных методов исследования позволяет дифференцировать гипопаратиреоз и псевдогипопаратиреоз:

- А. Исследование кальция в крови
- Б. Исследование суточной экскреции кальция
- В. Исследование фосфата в крови
- Г. Исследование уровня паратгормона
- Д. Исследование канальцевой реабсорбции фосфатов

155. Для какого из заболеваний с гипокальциемией характерен низкий уровень паратгормона:

- А. Витамин D-дефицитный рахит
- Б. Витамин D-зависимый рахит
- В. Гипопаратиреоз
- Г. Псевдогипопаратиреоз
- Д. Почечная недостаточность

156. Какое из перечисленных лабораторных изменений характерно для первичного гиперпаратиреоза:

- А. Гиперкальциемия и гипокальциурия
- Б. Гиперкальциемия и гиперкальциурия
- В. Гиперфосфатемия
- Г. Ацидоз
- Д. Повышенная канальцевая реабсорбция фосфатов

157. Подберите сывороточное содержание кальция (Ca) и фосфата (P), характерное для Витамин D-резистентного рахита:
- А. Низкий P, нормальный Ca
 - Б. Низкий P, высокий Ca
 - В. Нормальный P, низкий Ca
 - Г. Нормальный P, нормальный Ca
 - Д. Высокий P, низкий Ca
158. Подберите сывороточное содержание кальция (Ca) и фосфата (P), характерное для псевдогипопаратиреоза
- А. Низкий P, нормальный Ca
 - Б. Низкий P, высокий Ca
 - В. Нормальный P, низкий Ca
 - Г. Нормальный P, нормальный Ca
 - Д. Высокий P, низкий Ca
159. Подберите соответствующее сывороточное содержание кальция (Ca) и фосфата (P) для гиперпаратиреоза
- А. Низкий P, нормальный Ca
 - Б. Низкий P, высокий Ca
 - В. Нормальный P, низкий Ca
 - Г. Нормальный P, нормальный Ca
 - Д. Высокий P, низкий Ca
160. Какой из перечисленных факторов может быть причиной инсулиновой недостаточности у детей:
- А. Антитела к инсулину
 - Б. Аутоиммунный инсулит
 - В. Генетически обусловленный дефект инсулиновых рецепторов
 - Г. Ожирение
 - Д. Поражение экзокринного аппарата поджелудочной железы
161. Какое из перечисленных состояний является фактором риска развития сахарного диабета 1 типа:
- А. Семейная история сахарного диабета 2 типа
 - Б. Ожирение
 - В. Повышенный титр антител к антигенам β -клеток
 - Г. Инсулинорезистентность
 - Д. Низкая масса тела при рождении
162. Каким из перечисленных методов можно выявить сахарный диабет 1 типа на иммунологической стадии:
- А. Нарушенная толерантность к глюкозе
 - Б. Гипергликемия натощак
 - В. Транзиторная глюкозурия
 - Г. Наличие антител к антигенам β -клеток поджелудочной железы у лиц с наследственной предрасположенностью к сахарному диабету 1 типа (или при выявлении антигенов HLA DR3, DR4, B8, B15 или их сочетаний).
 - Д. Наличие антител к инсулину у лиц с антигенами HLA B7, B12, DR2, DR5 или их сочетанием.
163. Какой метод позволяет выявить нарушенную толерантность к глюкозе
- А. Определение глюкозурии
 - Б. Исследование гликемии натощак
 - В. Проведение орального глюкозотолерантного теста

Г. HLA типирование

Д. Определение антител к антигенам β -клеток поджелудочной железы

164. Какой из перечисленных симптомов характерен для сахарного диабета 1 типа у детей раннего возраста:

А. Олигурия

Б. Снижение массы тела

В. Диарея

Г. Повышенная потливость

Д. Отеки

165. 14-летнего мальчика в течение 2 недель беспокоят полиурия и жажда. Какое из перечисленных заболеваний можно исключить:

А. Сахарный диабет

Б. Несахарный диабет

В. Тиреотоксикоз

Г. Нейрогенная полидипсия

Д. Гипотиреоз

166. Какой из тестов используется для лабораторного подтверждения явного сахарного диабета:

А. Оральный глюкозотолерантный тест

Б. Определение относительной плотности мочи

В. Определение кетоновых тел в моче

Г. Исследование уровня гликемии в любой пробе крови и глюкозурии

Д. Исследование гликозилированного гемоглобина

167. Какое из перечисленных заболеваний может быть компонентом аутоиммунных полигландулярных синдромов:

А. Хронический панкреатит

Б. MODY-диабет

В. Неонатальный сахарный диабет

Г. Сахарный диабет 2 типа

Д. Сахарный диабет 1 типа

168. В какой из групп новорожденных наиболее высок риск развития неонатального транзиторного сахарного диабета:

А. С диабетической фетопатией

Б. Недоношенные с гестационным возрастом менее 30 недель

В. Родившиеся в тяжелой асфиксии

Г. Недоношенные с гестационным возрастом 33-36 недель

Д. С внутриутробной инфекцией

169. Какая из перечисленных ситуаций является причиной диабетического кетоацидоза у детей

А. Передозировка инсулина

Б. Инфузия поляризованной смеси

В. Интеркуррентное заболевание

Г. Умеренная регулярная физическая нагрузка

Д. Избыточное употребление жидкости

170. Какой из перечисленных симптомов характерен для диабетического кетоацидоза I стадии

А. Тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе

Б. Нарушение сознания

В. Олигурия

Г. «Мраморность» кожных покровов

Д. Артериальная гипотония

171. Какое из лабораторных изменений характерно для диабетического кетоацидоза I стадии

- А. Микроальбуминурия
- Б. Гипергликемия выше 44 ммоль/л.
- В. Глюкозурия менее 1%
- Г. Кетонурия ++ - +++
- Д. рН крови ниже 7,25

172. Какой из перечисленных симптомов характерен для диабетического кетоацидоза II стадии

- А. Одышка
- Б. Судорожный синдром
- В. Брадикардия
- Г. Разлитой цианоз
- Д. Приступы апноэ

173. Наиболее информативным признаком диабетического кетоацидоза II стадии является следующий:

- А. Гипергликемия выше 44 ммоль/л
- Б. Глюкозурия более 2%
- В. Кетонурия ++ и более
- Г. Повышение гематокрита более 0,47 %
- Д. рН крови ниже 7,25 при ВЕ менее - 10 на фоне гипергликемии и кетонурии

174. Какой из перечисленных симптомов характерен для диабетического кетоацидоза III стадии (диабетической кетоацидотической комы):

- А. Полиурия
- Б. Отеки
- В. Ясное сознание
- Г. Артериальная гипертензия
- Д. Токсическое дыхание (Куссмауля)

175. Какое из лабораторных изменений характерно для диабетического кетоацидоза III стадии:

- А. Повышение лактата в крови
- Б. Глюкоза крови выше 44 ммоль/л
- В. рН крови менее 7,15
- Г. Альбуминурия
- Д. Гиперкалиемия

176. Какое из лабораторных изменений характерно для гиперосмолярной комы без кетоза

- А. Кетонурия ++-+++
- Б. Гипергликемия выше 44 ммоль/л
- В. рН крови выше 7,45
- Г. Альбуминурия
- Д. Осмоляльность сыворотки ниже 350 мосм/кг

177. Какое из перечисленных лабораторных изменений позволяет диагностировать начальную стадию диабетической нефропатии:

- А. Микроальбуминурия
- Б. Гематурия
- В. Протеинурия
- Г. Повышенный уровень креатинина в крови
- Д. Снижение клубочковой фильтрации

178. Какой из симптомов характерен для диабетической полинейропатии:

- А. Отеки
- Б. Гиперпигментация пораженных участков
- В. Снижение болевой, тактильной и температурной чувствительности
- Г. Гипертермия пораженных участков
- Д. Гипертрихоз пораженных участков

179. Какой из симптомов характерен для синдрома Мориака:

- А. Высокородность
- Б. Задержка роста и полового развития
- В. Снижение массы тела
- Г. Гирсутизм
- Д. Гиперпигментация

180. Какой из методов надежнее всего использовать для самоконтроля сахарного диабета?

- А. Определение кетонурии
- Б. Определение уровня гликемии натощак и перед каждым введением инсулина
- В. Исследование уровня глюкозы в суточном количестве мочи
- Г. Определение уровня гликозилированного гемоглобина в крови.
- Д. Исследование уровня глюкозы в порциях мочи, собранных от одного приема пищи до другого.

181. Какой из препаратов инсулина является беспиковым

- А. Протафан
- Б. Лантус
- В. Инсуман Базал
- Г. Хумулин N
- Д. Хумалог

182. Какой из препаратов инсулина является препаратом ультракороткого действия:

- А. Хумалог
- Б. Актрапид
- В. Протафан
- Г. ХумулинN
- Д. ХумулинR

183. Какая из схем инсулинотерапии предпочтительна при сахарном диабете у подростков:

- А. 4 инъекции актрапида
- Б. 2 инъекции протафана
- В. 2 инъекции протафана + 2 инъекции актрапида
- Г. 1 инъекция лантуса + 3 инъекции актрапида
- Д. 1 инъекция лантуса

184. Какая схема инсулинотерапии применяется при кетоацидозе II-III стадии

- А. Внутривенная инфузия инсулина короткого действия со скоростью 0,01/ЕД/кг/час
- Б. Внутривенная инфузия со скоростью 0,1/ЕД/кг/час
- В. Внутривенная инфузия со скоростью 0,5/ЕД/кг/час
- Г. 4 внутримышечные инъекции инсулина короткого действия в дозе 0,5 ЕД/кг/сутки
- Д. 4 подкожные инъекции инсулина короткого действия в дозе 0,5 ЕД/кг/сутки

185. Какая диета применяется при сахарном диабете:

- А. Гипокалорийная
- Б. С ограничением белка
- В. С ограничением соли

- Г. С повышенным содержанием соли
- Д. С исключением легкоусвояемых углеводов

186. Каковы особенности диеты при кетоацидозе I стадии

- А. Ограничение белка
- Б. Повышенная нагрузка белком
- В. Ограничение жиров
- Г. Исключение всех углеводов
- Д. Ограничение соли

187. Какой из тестов является критерием компенсации сахарного диабета:

- А. Нормальный уровень креатинина
- Б. Уровень холестерина выше 5,2 ммоль/л
- В. Уровень гликозилированного гемоглобина ниже 12,0%
- Г. Альбуминурия ниже 20 мг/сут
- Д. Нормогликемия натощак и после еды

188. Уровень гликозилированного гемоглобина отражает содержание сахара в крови за предшествующие:

- А. 8 часов
- Б. 1 неделю
- В. 1 месяц
- Г. 2 месяца
- Д. 6 месяцев

189. Наиболее частой причиной неонатальной гипогликемии у недоношенных детей и детей с внутриутробной гипотрофией является:

- А. Недостаточное внутриутробное накопление питательных веществ
- Б. Незрелость надпочечников
- В. Незрелость гипофиза
- Г. Избыток инсулина
- Д. Дефицит глюкагона

190. Подберите соответствующие показатели гликемии (Г), кетонурии (К) и показателей КОС (рН и ВЕ) для кетоацидотической комы

- А. Г - более 100 ммоль/л; К- отриц.; рН >7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Б. Г - 30-40 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- В. Г - 12-30 ммоль/л; К - отр. или +; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- Г. Г - < 3,5 ммоль/л; К - отр. или +; рН > 7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Д. Г - 2,5-9,0 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН <7,2, ВЕ ниже -10.

191. Подберите соответствующие показатели гликемии (Г), кетонурии (К) и показателей КОС (рН и ВЕ) для гипогликемической комы

- А. Г - более 100 ммоль/л; К- отриц.; рН >7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Б. Г - 30-40 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- В. Г - 12-30 ммоль/л; К - отр. или +; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- Г. Г - < 3,5 ммоль/л; К - отр. или +; рН > 7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Д. Г - 2,5-9,0 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН <7,2, ВЕ ниже -10.

192. Подберите соответствующие показатели гликемии (Г), кетонурии (К) и показателей КОС (рН и ВЕ) для гиперосмолярной комы

- А. Г - более 100 ммоль/л; К- отриц.; рН >7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Б. Г - 30-40 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- В. Г - 12-30 ммоль/л; К - отр. или +; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.

Г. Г - < 3,5 ммоль/л; К - отр. или +; рН > 7,3, ВЕ от +2 до -2.
Д. Г - 2,5-9,0 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.

193. Подберите соответствующие показатели гликемии (Г), кетонурии (К) и показателей КОС (рН и ВЕ) для ацетонемической комы

- А. Г - более 100 ммоль/л; К- отриц.; рН > 7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Б. Г - 30-40 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- В. Г - 12-30 ммоль/л; К - отр. или +; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- Г. Г - < 3,5 ммоль/л; К - отр. или +; рН > 7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Д. Г - 2,5-9,0 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.

194. Подберите соответствующие показатели гликемии (Г), кетонурии (К) и показателей КОС (рН и ВЕ) для лактатацетонемической комы

- А. Г - более 100 ммоль/л; К- отриц.; рН > 7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Б. Г - 30-40 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- В. Г - 12-30 ммоль/л; К - отр. или +; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.
- Г. Г - < 3,5 ммоль/л; К - отр. или +; рН > 7,3, ВЕ от +2 до -2.
- Д. Г - 2,5-9,0 ммоль/л; К - +++ - ++++; рН < 7,2, ВЕ ниже -10.

195. Какие нарушения зрения характерны для диабетической ретинопатии 1 стадии

- А. Множественные ретинальные кровоизлияния, ватообразные экссудативные очаги на глазном дне
- Б. Расширение вен и капилляров на глазном дне, микроаневризмы
- В. Чувство тумана перед глазами
- Г. Чувство распирания в глазах, головные боли
- Д. Новообразованные сосуды, фиброзные очаги на глазном дне, витреоретинальные тяжи

196. Какие нарушения зрения характерны для диабетической ретинопатии 2 стадии

- А. Множественные ретинальные кровоизлияния, ватообразные экссудативные очаги на глазном дне
- Б. Расширение вен и капилляров на глазном дне, микроаневризмы
- В. Чувство тумана перед глазами
- Г. Чувство распирания в глазах, головные боли
- Д. Новообразованные сосуды, фиброзные очаги на глазном дне, витреоретинальные тяжи

197. Какие нарушения зрения характерны для диабетической ретинопатии 3 стадии

- А. Множественные ретинальные кровоизлияния, ватообразные экссудативные очаги на глазном дне
- Б. Расширение вен и капилляров на глазном дне, микроаневризмы
- В. Чувство тумана перед глазами
- Г. Чувство распирания в глазах, головные боли
- Д. Новообразованные сосуды, фиброзные очаги на глазном дне, витреоретинальные тяжи

198. Какие нарушения зрения характерны для диабетической катаракты

- А. Множественные ретинальные кровоизлияния, ватообразные экссудативные очаги на глазном дне
- Б. Расширение вен и капилляров на глазном дне, микроаневризмы
- В. Чувство тумана перед глазами
- Г. Чувство распирания в глазах, головные боли
- Д. Новообразованные сосуды, фиброзные очаги на глазном дне, витреоретинальные тяжи

199. Какие нарушения зрения характерны для глаукомы

- А. Множественные ретинальные кровоизлияния, ватообразные экссудативные очаги на глазном дне

- Б. Расширение вен и капилляров на глазном дне, микроаневризмы
- В. Чувство тумана перед глазами
- Г. Чувство распирания в глазах, головные боли
- Д. Новообразованные сосуды, фиброзные очаги на глазном дне, витреоретинальные тяжи

200. Какой из перечисленных симптомов характерен для жировой инфильтрации печени при сахарном диабете

- А. Повышение активности трансаминаз в крови
- Б. Склонность больных к гипогликемиям
- В. Холестаз
- Г. Нарушение функциональных проб печени
- Д. Гепатомегалия

201. Какое из перечисленных изменений характерно для диабетической микроангиопатии

- А. Кистозное расширение подкожных капилляров
- Б. Истончение базальной мембраны эндотелия
- В. Утолщение базальной мембраны эндотелия
- Г. Гликозилирование гликогена
- Д. Нейрогликопения

202. Какой из препаратов используется в терапии диабетической нефропатии

- А. α -адреноблокаторы
- Б. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- В. Антикальциевые препараты
- Г. β -адреноблокаторы
- Д. Индапамид

203. Какая из ситуаций может быть фактором риска лактатацидотической комы

- А. Гипоксия
- Б. Повышенная белковая нагрузка
- В. Передозировка инсулина
- Г. Присоединение инфекций и других заболеваний
- Д. Печеночная недостаточность

204. Какой симптом характерен для диабетической фетопатии:

- А. Кушингоидное распределение жира
- Б. Гиперпигментация
- В. Бледность кожных покровов
- Г. Печеночная недостаточность
- Д. Отек головного мозга

205. Какое из перечисленных лабораторных нарушений характерно для новорожденных с диабетической фетопатией:

- А. Гипонатриемия
- Б. Гиперкальциемия
- В. Гиперкалиемия
- Г. Гипогликемия
- Д. Гипернатриемия

206. Какое из перечисленных состояний является абсолютным противопоказанием для беременности при сахарном диабете:

- А. Возраст старше 38 лет
- Б. Сахарный диабет у супруга
- В. Тяжелая нефропатия с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин

- Г. Развитие кетоацидоза на ранних сроках беременности
- Д. Сочетание сахарного диабета с резус-сенсibilизацией

207. Какой из типов сахарного диабета чаще встречается у детей:

- А. Сахарный диабет 1 типа
- Б. Сахарный диабет 2 типа
- В. MODY-диабет
- Г. Сахарный диабет ассоциированный с генетических синдромами
- Д. Сахарный диабет, индуцированный лекарствами и химическими веществами

208. Какой из перечисленных методов исследования относится к лабораторным признакам явного сахарного диабета:

- А. Глюкозурия менее 2%
- Б. Гипергликемия натощак выше 5,6 ммоль/л
- В. Гипергликемия в течение дня выше 11.1 ммоль/л
- Г. Пониженный уровень инсулина в крови
- Д. Гликемия после нагрузки глюкозой выше 7,8 ммоль/л

209. Какая доза инсулина показана при впервые выявленном сахарном диабете 1 типа без осложнений

- А. 0,1 ЕД/кг/час
- Б. 0,1 ЕД/кг/сут
- В. 0,5 ЕД/кг/сут
- Г. 1 ЕД/кг/сут
- Д. Доза зависит от уровня гликемии

210. Девочка 10 лет с сахарным диабетом 1 типа. Получает перед основными приемами пищи Хумалог, перед сном - Лантус. Препрандиальная гликемия и гликемия в 24-00 в пределах 10-12 ммоль/л, через 2 часа после еды – 5,5-6,5 ммоль/л. Какую коррекцию в инсулинотерапии следует произвести?

- А. Увеличить дозу Лантуса
- Б. Уменьшить дозу Лантуса
- В. Увеличить дозы и Лантуса и Хумалога
- Г. Уменьшить дозу Хумалога
- Д. Увеличить дозу Хумалога

211. Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1 типа

- А. Инсулинорезистентность
- Б. Аутоиммунная деструкция β -клеток
- В. Деструкция β -клеток вирусами
- Г. Деструкция β -клеток химическими веществами
- Д. Повышение контринсулярных гормонов

212. Какой из препаратов инсулина имеет наименьшую продолжительность действия:

- А. Актрапид
- Б. Детемир
- В. Гларгин
- Г. Деглудек
- Д. Лизпро

213. Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия:

- А. Актрапид
- Б. Детемир
- В. Гларгин

Г. Деглудек
Д. Лизпро

214. Если у больного сахарным диабетом 1 типа возникает интеркурентное заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует:

- А. Отменить инсулинотерапию
- Б. Уменьшить содержание углеводов в пище
- В. Уменьшить суточную дозу инсулина
- Г. Увеличить содержание углеводов в пище
- Д. Увеличить суточную дозу инсулина

215. Какой из перечисленных препаратов наиболее эффективен при лечении осложнения диабетического кетоацидоза – отека мозга

- А. Дексаметазон
- Б. Лазикс
- В. Гипотиазид
- Г. Маннитол
- Д. Диакарб

216. Мальчик 16 лет. Рост выше среднего. Избыточная масса тела. ИМТ 32 кг/м². С-пептид 3,0 нг/мл, глюкоза натощак 7,2 ммоль/л, через день 7,0 ммоль/л, гликированный гемоглобин 6,8%. АТ к IA2, GADотрицательные. Наследственность у бабушек по отцу и матери сахарный диабет 2 типа. Кортизол в 08.00 – 470 нмоль/л. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

- А. Сахарный диабет 1 типа
- Б. Синдром Иценко-Кушинга
- В. Сахарный диабет 2 типа
- Г. Нарушение толерантности к глюкозе
- Д. MODY-диабет.

217. Какой из тестов является критерием компенсации сахарного диабета у пациента 15 лет:

- А. Глюкоза натощак 6,5 ммоль/л, HBA1c 8%
- Б. Глюкоза натощак 9,0 ммоль/л, HBA1c 9%
- В. Глюкоза натощак 2,9 ммоль/л, HBA1c 7%
- Г. Глюкоза натощак 7,5 ммоль/л, HBA1c 11%
- Д. Глюкоза натощак 5,2 ммоль/л, HBA1c 6,5%

218. Сахарный диабет может наблюдаться при всех перечисленных генетических синдромах, кроме:

- А. Синдром Секкеля
- Б. Синдром Прадера-Вилли
- В. Синдром Дауна
- Г. Синдром Шерешевского-Тернера
- Д. Синдром Вольфрама(DIDMOAD)

219. Является критерием диагностики сахарного диабета (ВОЗ, 2011):

- А. Уровень глюкозы в случайной пробе крови $\geq 11,1$ ммоль/л, без симптомов диабета
- Б. HBA1c $\geq 6,5\%$, определенный дважды, при отсутствии клинических симптомов.
- В. Уровень глюкозы в межклеточной жидкости $\geq 11,1$ ммоль/л при помощи прибора суточного мониторинга глюкозы
- Г. Уровень глюкозы в плазме крови через 1 час после приема глюкозы в дозе 75г $\geq 9,1$ ммоль/л, через 2 часа после приема глюкозы в дозе 75г $\geq 7,8$ и $< 11,1$ ммоль/л
- Д. Уровень глюкозы в плазме натощак не менее чем в двух исследованиях в разные дни $\geq 6,0$ ммоль/л

220. Суточная калорийность пищи для ребенка со средним физическим развитием и умеренной физической нагрузкой с сахарным диабетом можно приблизительно рассчитать по формуле, где М – возраст в годах:
- А. $1500 - (M \cdot 18)$
 - Б. $1500 + (M/18)$
 - В. $1500 / (M \cdot 18)$
 - Г. $1000 + (100 \cdot M)$
 - Д. $2000 - (100 \cdot M)$
221. Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего:
- А. В миокарде
 - Б. В периферической нервной системе
 - В. В центральной нервной системе
 - Г. В гепатоцитах
 - Д. В поперечно - полосатой мускулатуре
222. Какой препарат используется для лечения и профилактики диабетической полинейропатии:
- А. Капотен
 - Б. Резалют Про
 - В. Берлитион
 - Г. Сэнкатолин
 - Д. Карсил
223. Синдром хронической передозировки инсулина это:
- А. Феномен «утренней зари»
 - Б. Синдром Сомоджи
 - В. Синдром Мориака
 - Г. Постгипергликемическая гипогликемия
 - Д. Жировой гепатоз
224. Экскреция какого количества альбумина с мочой расценивается как микроальбуминурия:
- А. До 1 мг
 - Б. До 30 мг/сут
 - В. 30-300 мг/сут
 - Г. До 30 мкг/сут
 - Д. До 30-300 мкг/сут
225. При дифференциальном диагнозе первичного ожирения и ожирения при синдроме Иценко-Кушингау детей наиболее значимым клиническим признаком является:
- А. Отеки
 - Б. Гирсутизм
 - В. Задержка роста
 - Г. Розовые стрии
 - Д. Перiorальный цианоз.
226. Согласно современной классификации самым распространенным типом ожирения у детей является:
- А. Моногенное
 - Б. Ятрогенное
 - В. Синдромальное
 - Г. Экзогенно-конституциональное
 - Д. Ожирение при нейроэндокринных заболеваниях

227. Согласно современным рекомендациям ВОЗ ожирением считается при ИМТ:

- А. >1 SDS
- Б. >1,5 SDS
- В. > 2 SDS
- Г. > 2,5 SDS
- Д. > 3 SDS

228. Жировая ткань способна синтезировать следующие гормоны, кроме:

- А. Интерлейкин-6
- Б. CАРР-пептид
- В. Фактор некроза опухоли- α
- Г. Ангиотензиноген
- Д. Лептин

229. Выберите наиболее правильное утверждение. Моноамины и пептиды, влияющие на регуляцию аппетита:

- А. Синтезируются в жировой ткани
- Б. Оказывают орексигенный/анорексигенный эффект
- В. Повреждают гемато-энцефалический барьер
- Г. Нарушают чувствительность рецепторов к сладкому
- Д. Способствуют ускоренной дифференцировке адипоцитов

230. Центры голода/насыщения, играющие ключевую роль в регуляции пищевого поведения располагаются в:

- А. Мозолистое тело
- Б. Зрительные бугры
- В. Шишковидная железа
- Г. Гипоталамус
- Д. Мозжечок

231. К внешним факторам, влияющим на формирование ожирения в детском возрасте, относятся:

- А. Образ жизни и физическая нагрузка
- Б. Проживание в сельских районах
- В. Употребление загрязненной питьевой воды
- Г. Курение
- Д. Экологический кризис

232. Для детского/подросткового возраста характерны варианты нарушений пищевого поведения, кроме:

- А. Компульсивная гиперфагия
- Б. Углеводная жажда
- В. Гиперфагическая реакция на стресс
- Г. Доедание
- Д. Посттравматическая булимия

233. Какой из вариантов нарушений жирового обмена характерен для ожирения:

- А. Повышение уровня холестерина и триглицеридов
- Б. Повышение ЛПВП
- В. Снижение ЛПНП
- Г. Снижение уровня СЖК
- Д. Все выше перечисленное

234. Для пациентов, имеющих ожирение и отставание в умственном развитии обязательно:

- А. Генетическое консультирование и обследование
- Б. Оценка роста и полового созревания
- В. Измерение окружности талии
- Г. Проведение суточного мониторинга АД
- Д. Осмотр окулиста с использованием щелевой лампы

235. Инсулинорезистентность можно выявить следующими методами, кроме:

- А. Клемп-тест
- Б. Тест Саго
- В. Глюкозо-толерантный тест
- Г. Тест НОМА
- Д. Тест Matsuda

236. Единственным препаратом, разрешенным для лечения ожирения в детском возрасте, является:

- А. Метформин
- Б. Орлистат
- В. Сибутрамин
- Г. Октреотид
- Д. Сахарозаменители

237. К немедикаментозным методам лечения ожирения относятся:

- А. Иглорефлексотерапия
- Б. Диетотерапия в сочетании с физической нагрузкой
- В. Физиотерапия
- Г. Массаж
- Д. Водные процедуры

238. Проанализировать пищевой рацион пациента, периодичность питания, ситуации, провоцирующие лишние приемы пищи, сформировать осознанное отношение к питанию помогает:

- А. Просмотр телевизионных информационных программ
- Б. Изучение «пищевых» тарелок с помощью муляжей, наглядных пособий
- В. Интернет-калькуляторы по подсчету калоража пищи
- Г. Ведение пищевого дневника
- Д. Чтение специальной медицинской литературы

239. Какое утверждение будет верно при формировании пищевого рациона пациента с ожирением:

- А. При ожирении снижают калорийность питания на 50-60 %
- Б. Мясные, рыбные, молочные продукты должны быть пониженной жирности
- В. Основу питания составляют легкоусвояемые углеводы
- Г. Овощи и фрукты не более 2-3 раз в день
- Д. Кормить больного следует 3 раз в день

240. Пациентам с ожирением фармакотерапия показана в следующих случаях, кроме:

- А. При длительном анамнезе ожирения с большим количеством неудачных попыток по снижению веса
- Б. Ожирение ассоциированное с нарушением толерантности к глюкозе.
- В. Сердечно-сосудистые заболевания при ИМТ > 30 кг/м²
- Г. При абдоминальном ожирении с ассоциированными заболеваниями и/или факторами риска (дислипидемией, гиперинсулинемией, СД 2 типа, артериальной гипертензией и т.д.)

Д. Нежелание пациента вести пищевой дневник

241. Для ожирения верны все утверждения, кроме:

- А. Хроническое заболевание обмена веществ
- Б. Проявляется избыточным развитием жировой ткани
- В. Прогрессирует при естественном течении
- Г. Имеет определенный круг осложнений
- Д. Это самоизлечивающееся заболевание

242. Распространенность ожирения в детском возрасте составляет:

- А. Менее 5%
- Б. 5,5-11,8%
- В. 30-35%
- Г. 45-50%
- Д. более 50%

243. К ожирению при нейроэндокринных заболеваниях относится все, кроме:

- А. Гиперкортизолизм
- Б. Гиперинсулинизм
- В. Гипогонадизм
- Г. Гипотиреоз
- Д. Задержка полового созревания

244. Подберите подходящее утверждение для пациента с синдромом Прадера-Вилли:

- А. Развитие синдрома обусловлено делецией 15 материнской хромосомы
- Б. Характеризуется выраженным мышечным гипертонусом в периоде новорожденности
- В. Типичны маленькие размеры кистей и стоп
- Г. Ожирение наступает в первые 6 мес жизни
- Д. Интеллектуальное развитие не нарушено

245. Терапия гормоном роста может быть рекомендована пациентам, имеющим следующий генетический синдром:

- А. Альстрема
- Б. Карпентера
- В. Прадера-Вилли
- Г. Коэна
- Д. Берьесона-Форсмана-Лемана

246. Нарушенную толерантность к глюкозе при проведении глюкозо-толерантного теста диагностируют при следующих показателях:

- А. Гликемия натощак выше 5,5 но ниже 7,0 ммоль/л
- Б. Гликемия натощак выше 3,5 но ниже 5,5 ммоль/л
- В. Гликемия натощак выше 7,0 ммоль/л
- Г. Уровень глюкозы крови через 2 часа после нагрузки от 7,8 до 11,1 ммоль/л
- Д. Уровень глюкозы крови через 2 часа после нагрузки выше 11,1 ммоль/л

247. Выберите подходящее утверждение. Главным в лечении ожирения является рациональное сбалансированное питание:

- А. Эукалорийное питание в период снижения массы тела
- Б. Гипокалорийное питание на этапе поддержания массы тела
- В. Низкокалорийные диеты разрешенные в подростковом возрасте
- Г. Диета должна обеспечивать достаточное поступление энергии, витаминов и микроэлементов
- Д. Рекомендующее изменение характера питания, пищевых привычек только на период снижения массы тела

248. Высокая распространенность ожирения в развитых странах объясняется:

- А. Наличием сбалансированного регулярного питания
- Б. Недостатком в рационе питания белка
- В. Избытком жира в рационе питания
- Г. Недостатком в рационе питания клетчатки
- Д. Недостатком витаминов группы В и Д

249. При сочетании ожирения с нарушенной толерантностью к глюкозе и/или гиперинсулинемией у детей может быть рекомендована терапия:

- А. Бигуаниды (метформин)
- Б. Препараты сульфонилмочевины (глибенкламид)
- В. Тиазолидиндионы (росиглитазон)
- Г. Сахарозаменители (аспартат/цикламат)
- Д. Инкретин-миметики (ситаглиптин)

250. Терапия препаратами лептина ограничена рамками клинических исследований, но может быть показана в следующем случае:

- А. Дефект рецепторов лептина
- Б. Дефицит лептина
- В. Дефицит проопиомеланокортина
- Г. Дефицит конвертазы прогормона 1/3 с нарушением синтеза множества прогормонов ЦНС, в т.ч. ПОМК
- Д. Дефицит рецепторов меланокортина 4 типа

251. Бариатрическая хирургия как вариант лечения ожирения разрешена у подростков в некоторых странах. К бариатрическим операциям относятся следующие вмешательства, кроме:

- А. Рестриктивные операции на желудке
- Б. Различные варианты гастропластики
- В. Комбинированные операции-билиопанкреатическое шунтирование
- Г. Липосакция
- Д. Удаление части тонкой кишки

252. Оперативное лечение ожирения возможно во всех случаях, кроме:

- А. Подростки, имеющие 4-5 стадию пубертата
- Б. Пациенты с ИМТ более 50 или пациенты с ИМТ около 40, имеющие тяжелую сопутствующую соматическую патологию
- В. У пациента присутствует сочетание тяжелого прогрессирующего ожирения и тяжелой соматической патологии
- Г. Пациенты с адекватным психическим и социальным статусом
- Д. Пациенты с синдромом Прадера-Вилли

253. Физическая нагрузка является одним из способов снизить и удержать вес. Выберите подходящее утверждение:

- А. При лечении ожирения актуальны нагрузки умеренной и высокой интенсивности
- Б. Занятий физкультурой в школе, как правило, достаточно для удержания веса
- В. Занятия должны проводиться 3 раз в неделю
- Г. Длительность занятия должна составлять менее 30 мин.
- Д. Менее эффективны аэробные физические нагрузки

254. Укажите номер стола по Певзнеру при назначении диеты пациенту с ожирением:

- А. Стол №15

- Б. Стол №9
- В. Стол №5
- Г. Стол №8
- Д. Стол № 5а

255. В амбулаторно-поликлинических условиях возможна профилактика ожирения. К ней относятся:

- А. Выявление пациентов с избыточной массой тела в возрасте 2-9 лет
- Б. Выявление пациентов с ожирением в любой возрастной группе
- В. Грудное вскармливание минимум до 6 месяцев и обучение беременных
- Г. Обучение родителей вместе с детьми принципам здорового питания и физической активности
- Д. Занятия по питанию и физической активности в школе

256. Какой из перечисленных симптомов характерен для простого ожирения

- А. Центрипетальное распределение подкожно-жирового слоя
- Б. Равномерное распределение подкожно-жирового слоя
- В. Обхват талии > 90 перцентиля
- Г. Лунообразное лицо
- Д. Задержка роста

257. Для какого синдрома характерно развитие ожирения с раннего возраста:

- А. Синдром Клайнфельтера
- Б. Синдром 47, XXX
- В. Синдром анорхизма
- Г. Синдром Барде-Бидля
- Д. Синдром Лоуренса-Муна

258. Какое из лабораторных изменений характерно для метаболического синдрома:

- А. Снижение вольтажа на ЭКГ
- Б. Гипокалиемия
- В. Гипернатриемия
- Г. Уплощенный тип орального глюкозотолерантного теста
- Д. Высокий индекс НОМА

259. Какое из заболеваний может быть причиной синдрома Иценко-Кушинга:

- А. Глюкокортикостерома
- Б. Краниофарингеома
- В. Альдостерома
- Г. Инциденталома надпочечника
- Д. Андростерома

260. Какой из симптомов характерен для синдрома Иценко-Кушинга:

- А. Артериальная гипотония
- Б. Розовые стрии
- В. Центрипетальное ожирение
- Г. Витилиго
- Д. Гипертрофия мышц

261. Методом выбора при лечении болезни Иценко-Кушинга является:

- А. Трансфеноидальная гипофизэктомия
- Б. Трансфеноидальная аденомэктомия
- В. Протонный пучок

- Г. Адреналэктомия
- Д. Бромкриптин

262. Что из перечисленного может быть причиной первичной недостаточности надпочечников:

- А. Односторонняя адреналэктомия
- Б. Опухоль надпочечника
- В. Одностороннее кровоизлияние в надпочечник
- Г. Аутоиммунный адреналит
- Д. Опухоль гипофиза

263. Какой из перечисленных симптомов характерен для первичной хронической недостаточности надпочечников:

- А. Диспропорциональная низкорослость
- Б. Артериальная гипотензия
- В. Ожирение
- Г. Брадикардия
- Д. Частые боли в мышцах

264. Для какой формы поражения надпочечников характерна гиперпигментация:

- А. Первичная надпочечниковая недостаточность
- Б. Вторичная надпочечниковая недостаточность
- В. Гипоальдостеронизм
- Г. Адреногенитальный синдром вследствие изолированной 17,20-лиазной недостаточности
- Д. Адреналовый синдром Иценко-Кушинга

265. Какой из методов применяется при лабораторной диагностике надпочечниковой недостаточности у детей:

- А. Ортостатический тест
- Б. Определение уровня ДЭА-с в крови
- В. Определение уровня кортизола и АКТГ в крови
- Г. Тест с дексаметазоном
- Д. Тест с нагрузкой хлоридом натрия

266. Какой из симптомов характерен для криза острой надпочечниковой недостаточности:

- А. Гиперемия кожи
- Б. Запоры
- В. Отеки
- Г. Полиурия
- Д. Снижение артериального давления

267. Какой из перечисленных методов используется для подтверждения диагноза острой надпочечниковой недостаточности у детей:

- А. Уровень кортизола в крови
- Б. Суточная экскреция кортизола
- В. Уровень АКТГ в крови
- Г. Уровень калия и натрия в крови
- Д. Уровень глюкозы

268. Какая из схем гормонотерапии используется в первые сутки при лечении острой надпочечниковой недостаточности у детей

- А. Внутривенная инфузия солу-кортефа в дозе 50 мг/м²/сут
- Б. Внутривенная инфузия солу-кортефа в дозе 100-200 мг/м²/сут
- В. Внутривенная инфузия преднизолона в дозе 1-2 мг/кг/сут
- Г. 4 внутримышечные инъекции гидрокортизона в дозе 5-10 мг/кг/сут

Д. Кортизона ацетат внутрь в дозе 5-10 мг/кг/сут

269. Развитие какого из осложнений возможно при интенсивной терапии острой надпочечниковой недостаточности

- А. Гипогликемия
- Б. Дыхательная недостаточность
- В. Остановка сердца
- Г. Почечная недостаточность
- Д. Задержка жидкости

270. Какое из приведенных утверждений об адреногенитальном синдроме вследствие недостаточности 21-гидроксилазы соответствует истине?

- А. Возможно развитие артериальной гипертензии
- Б. Низкий рост при рождении
- В. Нарушение формирования пола у больных с кариотипом 46,XY
- Г. Нарушение формирования пола у больных с кариотипом 46,XX
- Д. Причиной являются делеция или мутации гена, локализованного на 21 хромосоме

271. Какое из перечисленных исследований наиболее информативно для диагностики адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы у новорожденных:

- А. Исследование уровня ДЭАс в крови
- Б. Определение уровня 17-гидроксипрогестерона в крови
- В. Исследование уровня кортизола в крови
- Г. Ультрасонография надпочечников
- Д. Кариотипирование

272. Какой уровень 17-гидроксипрогестерона является диагностическим при проведении неонатального скрининга на адреногенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы:

- А. ниже 30 нмоль/л
- Б. выше 30 нмоль/л
- В. выше 50 нмоль/л
- Г. выше 60 нмоль/л
- Д. выше 90 нмоль/л

273. Какая из схем гормонотерапии используется при поддерживающей терапии простой формы адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы у детей:

- А. 2 внутримышечные инъекции преднизолона в дозе 2-3 мг/кг/сут
- Б. Корттеф внутрь в дозе 20-25 мг/м²/сут
- В. Корттеф внутрь в дозе 10-15 мг/м²/сут
- Г. Кортинефф внутрь в дозе 50-60 мкг/м²/сут
- Д. Дексаметазон внутрь в дозе 1 мг/сут

274. Какой из симптомов характерен для неклассической формы адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы у девочек:

- А. Преждевременное телархе
- Б. Задержка роста
- В. Снижение конечного роста
- Г. Гирсутизм
- Д. Аномальное строение наружных гениталий

275. Какой из параметров применяют для оценки адекватности дозы глюкокортикоидов при лечении адреногенитального синдрома вследствие дефицита 21-гидроксилазы:

- А. УЗИ надпочечников

- Б. Определение активности ренина плазмы
- В. Экскреция кортизола с мочой
- Г. Уровень альдостерона крови
- Д. Уровень 17-гидроксипрогестерона в крови

276. Какой из параметров применяют для оценки адекватности дозы минералокортикоидов при лечении сольтеряющей формы адреногенитального синдрома вследствие дефицита 21-гидроксилазы:

- А. Исследование уровня кортизола в крови
- Б. Исследование уровня АКТГ в крови
- В. Определение активности ренина плазмы или уровня ренина
- Г. Исследование уровня альдостерона в крови
- Д. УЗИ надпочечников

277. При каком из перечисленных заболеваний развивается ложное преждевременное половое развитие у мальчиков:

- А. Гамартома
- Б. Оптическая глиома
- В. Болезнь Иценко-Кушинга
- Г. Адреногенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы
- Д. Синдром Рассела-Сильвера

278. Какой из симптомов позволяет дифференцировать истинное и ложное преждевременное половое развитие у мальчиков раннего возраста:

- А. Увеличение объема яичек
- Б. опережение "костного" возраста
- В. Раннее появление вторичных половых признаков
- Г. Повышенный уровень тестостерона в крови
- Д. Повышенный уровень ДЭАс в крови

279. При каком из заболеваний надпочечников развивается артериальная гипертензия:

- А. Андростерома
- Б. Адреногенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы
- В. Синдром Конна
- Г. Адреногенитальный синдром вследствие изолированной недостаточности 17,20-лиазы
- Д. Туберкулез надпочечников

280. Какой из симптомов характерен для гипоальдостеронизма:

- А. Олигурия
- Б. Гиперкалиемия и гипонатриемия
- В. Отеки
- Г. Гиперпигментация
- Д. Кризы острой надпочечниковой недостаточности

281. Какой симптом характерен для первичного гиперальдостеронизма:

- А. Отеки
- Б. Тахикардия
- В. Гиперпигментация
- Г. Артериальная гипертензия
- Д. Олигурия

282. Какой из симптомов наиболее часто встречается при феохромоцитоме у детей:

- А. Артериальная гипертензия, резистентная к симпатолитикам
- Б. Стенокардитические жалобы

- В. Артериальная гипертензия, купируемая симпатолитиками
- Г. Сахарный диабет
- Д. Задержка полового развития

283. Какой из методов используется для диагностики феохромоцитомы:

- А. ЭКГ
- Б. Определение «костного» возраста
- В. Экскреция метанефринов с мочой
- Г. Сканирование с йод-холестеролом
- Д. Проба с дексаметазоном

284. Какой из препаратов используется в ходе предоперационной подготовки при феохромоцитоме:

- А. Нифедипин
- Б. Ренитек
- В. Эгилек
- Г. Клофелин
- Д. Кардура

285. При каком наследственном синдроме возможно развитие синдрома Иценко-Кушинга

- А. Синдром множественной эндокринной неоплазии I типа
- Б. Синдром множественной эндокринной неоплазии IIa типа
- В. Синдром множественной эндокринной неоплазии IIb типа
- Г. Нейрофиброматоз I типа
- Д. Туберозный склероз

286. Какие сывороточные концентрации натрия и калия (ммоль/л) характерны для вторичной надпочечниковой недостаточности

- А. Na -118, K - 7,5
- Б. Na -120, K - 3,0
- В. Na -134, K - 6,0
- Г. Na -138, K - 4,9
- Д. Na -155, K - 5,5

287. Выберите характерные для церебрального несахарного диабета сывороточные концентрации натрия и калия (ммоль/л) при декомпенсации.

- А. Na -118, K - 7,5
- Б. Na -120, K - 3,0
- В. Na -134, K - 6,0
- Г. Na -144, K - 2,9
- Д. Na -155, K - 5,5

288. Выберите характерные для почечного несахарного диабета сывороточные концентрации натрия и калия (ммоль/л) при декомпенсации.

- А. Na -118, K - 7,5
- Б. Na -120, K - 3,0
- В. Na -134, K - 6,0
- Г. Na -144, K - 2,9
- Д. Na -155, K - 5,5

289. Выберите характерные для гиперальдостеронизма сывороточные концентрации натрия и калия (ммоль/л) при декомпенсации.

- А. Na -118, K - 7,5
- Б. Na -120, K - 3,0

- В. Na -134, К - 6,0
- Г. Na -144, К - 2,9
- Д. Na -155, К - 5,5

290. Выберите характерные для болезни Аддисона сывороточные концентрации натрия и калия (ммоль/л) при декомпенсации.

- А. Na -118, К - 7,5
- Б. Na -120, К - 3,0
- В. Na -134, К - 6,0
- Г. Na -144, К - 2,9
- Д. Na -155, К - 5,5

291. Выберите характерные для нейрогенной полидипсии сывороточные концентрации натрия и калия (ммоль/л) при декомпенсации.

- А. Na -118, К - 7,5
- Б. Na -120, К - 3,0
- В. Na -134, К - 6,0
- Г. Na -144, К - 2,9
- Д. Na -155, К - 5,5

292. Какая терапия показана при псевдогипоальдостеронизме 1 типа, наследуемом аутосомно-рецессивно

- А. Кортиеф
- Б. Кортинефф
- В. Кортиеф+кортинефф
- Г. Синактен
- Д. Пищевая дотация жидкости и натрия и ограничение калия

293. Какой из симптомов характерен для синдрома Иценко-Кушинга у детей

- А. Снижение массы тела
- Б. Артериальная гипотония
- В. Задержка роста
- Г. Высокорослость
- Д. Полиурия

294. Какой из методов применяется для диагностики синдрома Иценко-Кушинга

- А. Исследование утреннего уровня кортизола
- Б. Исследование уровня ДЭАс
- В. Определение «костного возраста»
- Г. АКТГ-тест
- Д. Малый дексаметазоновый тест

295. Какие уровни кортизола и АКТГ характерны для адrenaлового синдрома Иценко-Кушинга

- А. Кортизол 140 нмоль/л, АКТГ 100 пг/мл
- Б. Кортизол 140 нмоль/л, АКТГ 2 пг/мл
- В. Кортизол 320 нмоль/л, АКТГ 15 пг/мл
- Г. Кортизол 950 нмоль/л, АКТГ 100 пг/мл
- Д. Кортизол 1100 нмоль/л, АКТГ не определяется

296. Какие уровни кортизола и АКТГ характерны для первичной тотальной надпочечниковой недостаточности

- А. Кортизол 140 нмоль/л, АКТГ 100 пг/мл
- Б. Кортизол 140 нмоль/л, АКТГ 2 пг/мл
- В. Кортизол 320 нмоль/л, АКТГ 15 пг/мл

- Г. Кортизол 950 нмоль/л, АКТГ 100 пг/мл
- Д. Кортизол 1100 нмоль/л, АКТГ не определяется

297. Какие уровни кортизола и АКТГ характерны для вторичной надпочечниковой недостаточности

- А. Кортизол 140 нмоль/л, АКТГ 100 пг/мл
- Б. Кортизол 140 нмоль/л, АКТГ 2 пг/мл
- В. Кортизол 320 нмоль/л, АКТГ 15 пг/мл
- Г. Кортизол 950 нмоль/л, АКТГ 100 пг/мл
- Д. Кортизол 1100 нмоль/л, АКТГ не определяется

298. Какой препарат является препаратом выбора для заместительной терапии надпочечниковой недостаточности у детей

- А. Кортикорелин
- Б. Синактен
- В. КORTEF
- Г. Преднизолон
- Д. Дексаметазон

299. Какой из симптомов характерен для сольтеряющей формы адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы

- А. Недоношенность
- Б. Низкий рост при рождении
- В. Многократные срыгивания и рвота
- Г. Лимфатический отек кистей и стоп
- Д. Избыточные прибавки массы тела

300. Какой из симптомов характерен для простой формы адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы у мальчиков

- А. Низкорослость
- Б. Артериальная гипотония
- В. Преждевременное увеличение яичек
- Г. Рост полового члена и преждевременное лобковое оволосение
- Д. Задержка полового развития

301. Для изучения минералокортикоидной функции коры надпочечников применяются пробы, кроме

- А. Ортостатический тест
- Б. Тест с фуросемидом
- В. Тест с нагрузкой хлоридом натрия
- Г. Тест с инсулиновой гипогликемией
- Д. Тест с экзогенными минералокортикоидами

302. Для изучения глюкокортикоидной функции коры надпочечников применяются пробы, кроме:

- А. Тест стимуляции кортикотропин-релизинг-гормоном
- Б. Малый дексаметазоновый тест
- В. Тест с фуросемидом
- Г. Тест с инсулиновой гипогликемией
- Д. АКТГ-тест

303. Причиной врожденной первичной надпочечниковой недостаточности может быть все, кроме:

- А. Дефект рецепторов к кортикотропину.

- Б. Врожденная гипоплазия коры надпочечников
- В. Синдром Кирнса-Сейра
- Г. Изолированный дефицит АКТГ
- Д. Аденолейкодистрофия

304. С дефицитом какого гормона связана непереносимость стресса и возникновение симптомов нарушения психики:

- А. Альдостерон
- Б. Кортизол
- В. ДЭА
- Г. Эстрадиол
- Д. Верно все вышеперечисленное

305. Какие симптомы являются проявлением недостаточности глюкокортикоидов:

- А. Склонность к соленой пище
- Б. Задержка роста
- В. Пониженная толерантность к стрессорным ситуациям
- Г. Задержка полового развития
- Д. Полиурия

306. При болезни Аддисона поражается:

- А. Пучковый слой коры надпочечников
- Б. Клубочковый слой коры надпочечников
- В. Сетчатый слой коры надпочечников
- Г. Все слои коры надпочечников
- Д. Все слои коры надпочечников и мозговой слой

307. Назовите регуляторы секреции альдостерона:

- А. АКТГ
- Б. Катехоламины
- В. Кортизол
- Г. Вазопрессин
- Д. Ренин-ангиотензиновая система

308. Каковы ваши действия в случае сопутствующих заболеваний или стресса при хронической надпочечниковой недостаточности (ГК-глюкокортикоиды, МК-минералокортикоиды)?

- А. Увеличить дозу ГК и МК
- Б. Увеличить дозу ГК
- В. Увеличить дозу МК
- Г. Увеличить дозу ГК и уменьшить дозу МК
- Д. Уменьшить дозу ГК и увеличить дозу МК

309. Какие симптомы являются проявлением недостаточности минералокортикоидов:

- А. Потребность в соленой пище
- Б. Склонность к гипогликемическим состояниям
- В. Задержка полового развития
- Г. Увеличение веса
- Д. Артериальная гипертензия

310. Назовите основной лабораторный показатель, позволяющий отличить первичную надпочечниковую недостаточность от вторичной:

- А. Уровень кортизола в сыворотке крови
- Б. Уровень кортизола в суточной моче
- В. Уровень АКТГ в сыворотке крови

- Г. Уровень альдостерона в сыворотке крови
- Д. Уровень 11-дезоксикортизола в сыворотке крови

311. Пигментация кожи у больных Аддисоновой болезнью особенно выражена на перечисленных местах, кроме:

- А. Открытых участках тела (лицо, ладони, складки тыльной стороны кистей и стоп и др.)
- Б. Участки, подвергающиеся трению (подмышечные и паховые области, колени и др.)
- В. Участки постоперационных рубцов
- Г. Местах естественной пигментации (ареолы, белая линия живота, наружные гениталии)
- Д. Внутренние поверхности плеч и бедер

321. Артериальная гипертензия при болезни Иценко-Кушинга обусловлена:

- А. Нарушением центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса
- Б. Повышением продукции кортизола и 11-дезоксикортикостерона
- В. Снижением выделения ренина
- Г. Стенозом почечной артерии
- Д. Поражением почечных канальцев

313. Назовите наиболее частую причину первичного гиперальдостеронизма у детей:

- А. Двусторонняя диффузная гиперплазия коры надпочечников
- Б. Врожденная гиперплазия коры надпочечников
- В. Альдостерома
- Г. Рак надпочечников
- Д. Аутоимунный адреналит

314. Анаболические препараты являются производными:

- А. Глюкокортикоидов
- Б. Эстрогенов
- В. Минералокортикоидов
- Г. Андрогенов
- Д. Прогестинов

315. Причиной развития сахарного диабета при болезни Иценко-Кушинга является:

- А. Первичная деструкция β -клеток поджелудочной железы
- Б. Усиление гликогенолиза
- В. Ожирение
- Г. Усиление глюконеогенеза
- Д. Инактивация инсулина

316. Биологическое действие глюкокортикоидов включает в себя все эффекты, кроме:

- А. Противовоспалительное действие
- Б. Активация глюконеогенеза в печени
- В. Увеличение утилизации глюкозы периферическими тканями
- Г. Белковокатаболический эффект
- Д. Опосредованный липолитический эффект

317. Участие центрального механизма в развитии болезни Иценко-Кушинга заключается в:

- А. Нарушении ритма секреции АКТГ и кортизола
- Б. Повышении пролактина
- В. Снижении СТГ
- Г. Снижении ТТГ
- Д. Снижении гонадотропинов

318. Синдром Иценко-Кушинга обусловлен избыточной секрецией:

- А. Вазопрессина
- Б. Кортизола
- В. Катехоламинов
- Г. Андрогенов
- Д. Альдостерона

319. Отрицательный результат большогодексаметазонового теста позволяет исключить:

- А. Болезнь Иценко-Кушинга
- Б. Аденоматоз коры надпочечников
- В. Глюкокортикостерому
- Г. Эктопический АКТГ-синдром
- Д. Альдостерому

320. С помощью какой пробы проводят дифференциальный диагноз болезни Иценко-Кушинга и адреналового синдрома Иценко-Кушинга?

- А. Малый дексаметазовый тест
- Б. Уровень АКТГ в крови
- В. Уровень кортизола в слюне
- Г. Уровень кортизола в суточной моче
- Д. Суточный ритм секреции кортизола

321. Синдром Нельсона проявляется:

- А. Низким уровнем АКТГ в крови
- Б. Повышенной влажностью кожных покровов
- В. Туберкулезом надпочечников
- Г. Высоким уровнем кортизола в крови
- Д. Быстрым ростом опухоли гипофиза

322. Какие показатели характерны для криза острой надпочечниковой недостаточности

- А. Na -118, К - 7,5
- Б. Na -120, К - 3,0
- В. Na -134, К - 6,0
- Г. Na -144, К - 2,9
- Д. Na -155, К - 5,5

323. Ремиссия болезни Иценко-Кушинга после лучевой терапии наступает в среднем через:

- А. 1-2 месяца
- Б. 3-4 месяца
- В. 5-6 месяцев
- Г. 7-8 месяцев
- Д. 12 месяцев

324. Клинические симптомы, характерные для андростеромы:

- А. Рост ускорен и задержка полового развития
- Б. Задержка роста и раннее половое созревание
- В. Рост ускорен и раннее половое оволосение
- Г. Рост ускорен и раннее телархе
- Д. Задержки роста и полового созревания

325. Терапевтический эффект хлодитана заключается в:

- А. Деструкции нормальной и опухолевой ткани коры надпочечников
- Б. В подавлении секреции кортиколиберина
- В. В подавлении секреции АКТГ
- Г. В подавлении фермента 11-β-гидроксилазы

Д. В подавлении фермента 17- α -гидроксилазы

326. Какой из препаратов официально зарегистрирован в России для медикаментозного лечения болезни Иценко-Кушинга у взрослых

- А. Пасиреотид
- Б. Каберголин
- В. Кетоконазол
- Г. Митотан
- Д. Аминоглютетимид

327. Какой признак характерен для вторичной надпочечниковой недостаточности

- А. Отсутствие артериальной гипотонии
- Б. Отсутствие гиперпигментации
- В. Отсутствие астенических жалоб
- Г. Отсутствие гипогликемий
- Д. Наличие электролитных нарушений

328. Какая из схем гормонотерапии используется при поддерживающей терапии сольтеряющей формы адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы у детей:

- А. Кортэф + кортинефф
- Б. Преднизолон + кортинефф
- В. Кортэф
- Г. Преднизолон
- Д. Кортинефф

329. Что является показанием к назначению кортинеффа у пациентов с простой формой адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы

- А. Уровень 17-гидроксипрогестерона выше 100 нг/мл
- Б. Снижение уровня альдостерона
- В. Повышение уровня ренина
- Г. Повышение уровня ДЭАс
- Д. Повышение уровня АКТГ

330. Какой из методов наиболее информативен для диагностики первичного гиперальдостеронизма:

- А. Уровень калия в крови
- Б. Уровень альдостерона
- В. Соотношение альдостерон/ренин
- Г. Ортостатический тест
- Д. Тест с фуросемидом

331. Какой из методов используется для предоперационной подготовки при альдостероме

- А. Верошпирон
- Б. Амилорид
- В. Пищевая дотация жидкости и натрия
- Г. Ограничение жидкости
- Д. Кардура

332. Какие сывороточные концентрации натрия и калия (ммоль/л) характерны для гипоальдостеронизма

- А. Na -118, K - 7,5
- Б. Na -120, K - 3,0
- В. Na -134, K - 6,0
- Г. Na -144, K - 2,9

Д. Na -155, K - 5,5

333. Какой из признаков характерен для липоидной гиперплазии коры надпочечников

- А. Вирилизация у больных женского пола
- Б. Макрогенитосомия у мальчиков
- В. Крупные рост и вес при рождении
- Г. Раннее развитие симптомов острой надпочечниковой недостаточности
- Д. Отсутствие симптомов минералокортикоидной недостаточности

334. Какой из признаков характерен для адреногенитального синдрома вследствие дефицита 3 β -гидроксистероиддегидрогеназы

- А. Интерсексуальное строение наружных гениталий у больных обоего пола
- Б. Макрогенитосомия у мальчиков
- В. Ложное преждевременное половое развитие
- Г. Отсутствие симптомов глюкокортикоидной недостаточности
- Д. Отсутствие симптомов минералокортикоидной недостаточности

335. Какой из признаков характерен для адреногенитального синдрома вследствие дефицита 17-гидроксилазы

- А. Неопределенное строение наружных гениталий у больных обоего пола
- Б. Макрогенитосомия у мальчиков
- В. Ложное преждевременное половое развитие
- Г. Отсутствие симптомов глюкокортикоидной недостаточности
- Д. Наличие симптомов минералокортикоидной недостаточности

336. Какое из перечисленных заболеваний нередко сопровождается андронидным ожирением:

- А. Чистая дизгенезия гонад
- Б. Синдром Свайера
- В. Синдром резистентных яичников
- Г. Стертая форма адреногенитального синдрома вследствие недостаточности 21-гидроксилазы
- Д. Синдром поликистозных яичников

337. Какие изменения яичников характерны для синдрома поликистозных яичников

- А. Увеличение и поликистозные изменения
- Б. Уменьшение и поликистозные изменения
- В. Одностороннее увеличение
- Г. Гиперэхогенность стромы
- Д. Атрофия

338. Какой препарат является препаратом выбора на начальных этапах терапии синдрома поликистозных яичников с инсулинорезистентностью:

- А. Диане-35
- Б. Микрофоллин
- В. Дюфастон
- Г. Метформин
- Д. Бромкриптин

339. Какое из заболеваний является причиной ложной аменореи:

- А. Гиперпролактинемия
- Б. Зарощенная девственная плева
- В. Гипогонадотропный гипогонадизм
- Г. Гипотиреоз
- Д. Гипертиреоз

340. Какая форма преждевременного полового развития чаще всего встречается у девочек
- А. Истинное ППР
 - Б. Ложное ППР
 - В. Неполная форма ППР– преждевременное адренархе
 - Г. Неполная форма ППР– преждевременное телархе
 - Д. Неполная форма ППР– преждевременное менархе
341. Что является самой частой причиной истинного преждевременного полового созревания у девочек:
- А. Феминизирующая опухоль яичников
 - Б. Гипоталамическая гамартома
 - В. Органическое поражение ЦНС
 - Г. Экзогенные эстрогены
 - Д. Идиопатическое
342. Какой вариант пробы с дифферелином характерен для истинного ППР?
- А. Максимальный подъем ЛГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 10 МЕ/л
 - Б. Максимальный подъем ФСГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 10 МЕ/л
 - В. Максимальный подъем ЛГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 8 МЕ/л
 - Г. Максимальный подъем ФСГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 5 МЕ/л
 - Д. Максимальный подъем ЛГ выше 9 МЕ\л и ФСГ выше 5 МЕ\л (через 1 час и/или через 4 часа)
343. Что является самой частой причиной ложного преждевременного полового созревания у девочек:
- А. Фолликулярная киста
 - Б. Гипоталамическая гамартома
 - В. Органическое поражение ЦНС
 - Г. Экзогенные эстрогены
 - Д. Идиопатическое
344. Какой из перечисленных признаков позволяет дифференцировать истинное и ложное преждевременное половое созревание у девочек?
- А. Телархе
 - Б. Феминизация телосложения
 - В. Ускорение «костного» возраста
 - Г. Высокий уровень эстрадиола в крови
 - Д. Положительный тест с дифферелином
345. Какой из симптомов характерен для синдрома Шерешевского-Тернера?
- А. Макроцефалия
 - Б. Относительное удлинение конечностей
 - В. Низкорослость
 - Г. Лунообразное лицо
 - Д. Преждевременное телархе
346. Наиболее информативным методом диагностики синдрома Шерешевского-Тернера является:
- А. Определение «костного» возраста
 - Б. Определение уровня СТГ
 - В. Кариотипирование
 - Г. Определение уровня эстрадиола в крови
 - Д. Эсроген-гестагеновый тест

347. Какой из врожденных пороков развития наиболее характерен для синдрома

Шерешевского-Тернера:

- А. Подковообразная почка
- Б. Аплазия щитовидной железы
- В. Расщелина твердого неба
- Г. Стеноз легочной артерии
- Д. Мегауретер

348. Какой из препаратов наиболее перспективен для коррекции низкорослости при синдроме Шерешевского-Тернера у девочек допубертатного возраста:

- А. Препараты гормона роста
- Б. Эстрогены
- В. Анаболические стероиды
- Г. Хорионический гонадотропин
- Д. Тиреоидные гормоны

349. Какой из перечисленных методов наиболее подходит для стартовой терапии гипогонадизма у девочек с синдромом Шерешевского-Тернера ?

- А. Циклическая витаминотерапия
- Б. Циклическая эстроген-гестогенная терапия
- В. Малые дозы эстрогенов
- Г. Хорионический и менопаузный гонадотропины
- Д. Аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона

350. В каком возрасте начинают стартовую терапию гипогонадизма у девочек с синдромом Шерешевского-Тернера, при установлении диагноза в возрасте до 7 лет?

- А. С 9,5 лет
- Б. С 14 лет
- В. С 11,5-12 летнего возраста
- Г. С 15 лет
- Д. Со времени постановки диагноза

351. Какой из симптомов характерен для синдрома Каллманн у девочек:

- А. Короткая шея
- Б. Относительное укорочение конечностей
- В. Ускорение костного возраста
- Г. Высокий уровень ЛГ и ФСГ в крови
- Д. Отсутствие спонтанного полового созревания, гипо-или аносмия

352. С какого возраста оптимально начинать лечение гипергонадотропного гипогонадизма у девочек

- А. С 7-8 лет
- Б. С 9-10 лет
- В. При «костном» возрасте 11,5-12 лет
- Г. С 13-14 лет
- Д. После 14 лет

353. С какого возраста оптимально начинать лечение гипогонадотропного гипогонадизма у девочек

- А. С 7-8 лет
- Б. С 9-10 лет
- В. При «костном» возрасте 11,5-12 лет
- Г. В пубертатном возрасте при установлении диагноза
- Д. После 14 лет

354. Какая схема используется в качестве стартовой терапии при гипогонадизме у девочек:
- А. Хорионический гонадотропин в дозе 1000 ЕД/м² 2 раза в неделю
 - Б. Малые дозы естественных эстрогенов
 - В. Заместительные дозы этинилэстрадиола
 - Г. Циклическая эстроген-гестагеновая терапия
 - Д. Циклическая витаминотерапия
355. Какой препарат в настоящее время чаще всего используется для заместительной терапии гипогонадизма у девушек?
- А. Климонорм
 - Б. Эстрофем
 - В. Дивигель
 - Г. Фемостон 2/10
 - Д. Фемостон 1/5
356. Какой из перечисленных факторов может привести к задержке полового развития у девочек:
- А. Ожирение
 - Б. Гиподинамия
 - В. Прием противотуберкулезных препаратов
 - Г. Высокородность
 - Д. Дефицит веса
357. Какой из перечисленных факторов может привести ко вторичной аменорее у девочек:
- А. Витаминотерапия
 - Б. Гиподинамия
 - В. Прием противотуберкулезных препаратов
 - Г. Высокородность
 - Д. Быстрая потеря веса более чем на 10%
358. Какая терапия применяется при задержке полового созревания у девочек:
- А. Хорионический гонадотропин в дозе 1000 ЕД/м² 2 раза в неделю
 - Б. Бромкриптин в дозе 5-10 мг/сут
 - В. Прогинова 0,5 мг в сутки
 - Г. Циклическая эстроген-гестагеновая терапия
 - Д. Цикловита^{1\2} или другие варианты циклической витаминотерапии
359. Перечисленные симптомы являются характерным для врожденных форм гипогонадизма у мальчиков, кроме:
- А. Макрогенитосомия
 - Б. Гипоплазия мошонки
 - В. Микрогенитализм
 - Г. Крипторхизм
 - Д. Уменьшение размеров полового члена
360. Какой из симптомов с наибольшей вероятностью позволяет заподозрить гипогонадизм у мальчиков допубертатного возраста?
- А. Ожирение
 - Б. Низкорослость
 - В. Малые размеры и неопущение яичек
 - Г. Синдром монорхизма
 - Д. Ложная гинекомастия

361. В каком возрасте возможна наиболее ранняя диагностика синдрома анорхизма?

- А. 3-7 лет
- Б. 10-11 лет
- В. 0- 3 лет
- Г. 12-13 лет
- Д. старше 15 лет

362. На основании каких исследований можно заподозрить синдром анорхизма при 2-х стороннем крипторхизме?

- А. Исследование уровней антимюллерова гормона, 3-х и более дневная проба с ХГ
- Б. Исследование базального уровня тестостерона
- В. Исследование базального уровня ЛГ
- Г. Определение костного возраста
- Д. Проба с препаратами тестостерона

363. В каком возрасте возможна наиболее ранняя диагностика задержки полового развития у мальчиков?

- А. 3-7 лет
- Б. 10-11 лет
- В. 13,5-14 лет
- Г. 12-13 лет
- Д. старше 15 лет

364. Какой из симптомов характерен для синдрома врожденного анорхизма:

- А. Задержка роста
- Б. Интерсексуальное строение наружных гениталий
- В. Задержка «костного» возраста
- Г. Двусторонний крипторхизм (синдром непальпируемых яичек)
- Д. Низкие уровни ЛГ и ФСГ в крови

365. Какое из состояний является причиной синдрома Каллманн:

- А. Гипоплазия яичек
- Б. Ретикулогистиоцитоз
- В. Внутриутробное нарушение миграции гонадолиберин-продуцирующих клеток
- Г. Гипоплазия гипофиза
- Д. Кровоизлияние в гипофиз в перинатальном периоде

366. Какой тип наследования наиболее характерен для синдрома Каллманн у мальчиков?

- А. Аутосомно- рецессивный
- Б. Х-сцепленный
- В. Аутосомно- доминантный
- Г. Аутосомно-рецессивный, ограниченный полом
- Д. Y- сцепленный

367. Какой из нижеперечисленных препаратов Вы выберете для стартовой заместительной терапии при первичном гипогонадизме у мальчика?

- А. Хорионический гонадотропин
- Б. Препараты менопаузного гонадотропина
- В. Комбинированные гонадотропины
- Г. Препараты тестостерона
- Д. Анаболические стероиды

368. Какой из нижеперечисленных вариантов Вы выберете для стартовой заместительной терапии при гипогонадотропном гипогонадизме для стимуляции сперматогенеза?

- А. Хорионический гонадотропин в комбинации с менопаузальным гонадотропином
- Б. Бусерелин
- В. Диферелин
- Г. Препараты тестостерона
- Д. Анаболические стероиды

369. Какой из нижеперечисленных признаков характерен для синдрома Клайнфельтера:

- А. Микроорхидизм
- Б. Задержка роста
- В. Андроидное ожирение
- Г. Задержка «костного» возраста
- Д. Сниженный уровень ФСГ

370. Какой кариотип характерен для синдрома Клайнфельтера?

- А. 46,XX
- Б. 46, XY
- В. 46, XX/46, XY
- Г. 47,XXY
- Д. 47,XYX

371. Какой метод можно применить для лечения двустороннего крипторхизма:

- А. Анаболические стероиды
- Б. Менопаузальный гонадотропин
- В. Препараты хорионического гонадотропина
- Г. Транскутантные препараты андрогенов
- Д. Препараты тестостерона внутрь

372. Какой метод лечения предпочтителен при гипоталамической гамартоме у мальчиков:

- А. Андрокур
- Б. Диферелин
- В. Тестолактон
- Г. Лучевая терапия
- Д. Оперативное лечение

373. Подберите синдром, при котором встречается мышечная гипотония в раннем возрасте

- А. Синдром Прадера-Вилли
- Б. Синдром Барде-Бидля
- В. Синдром Кушинга
- Г. Синдром Каллманн
- Д. Синдром Лоуренса-Муна

374. Подберите синдром, при котором встречается полидактилия

- А. Синдром Прадера-Вилли
- Б. Синдром Барде-Бидля
- В. Синдром Кушинга
- Г. Синдром Каллманн
- Д. Синдром Клайнфельтера

375. Подберите синдром, при котором встречается аносмия

- А. Синдром Прадера-Вилли
- Б. Синдром Барде-Бидля
- В. Синдром Кушинга
- Г. Синдром Каллманн
- Д. Синдром Лоуренса-Муна

376. Какие показатели гонадотропинов в крови и результаты пробы с 3-дневным введением хорионического гонадотропина (ФПТ) характерны для гипогонадотропного гипогонадизма у мальчиков?

- А. ЛГ и ФСГ снижены, ФПТ - положительная
- Б. ЛГ и ФСГ значительно повышены, ФПТ - отрицательная
- В. ЛГ нормальный, ФСГ повышен, ФПТ - положительная
- Г. ЛГ нормальный, ФСГ снижен, ФПТ - положительная
- Д. ЛГ нормальный, ФСГ нормальный, ФПТ отрицательная

377. Какие показатели гонадотропинов в крови и результаты пробы с 3-дневным введением хорионического гонадотропина (ФПТ) характерны для синдрома первичной гипоплазии яичек (гипергонадотропного гипогонадизма)

- А. ЛГ и ФСГ снижены, ФПТ - положительная
- Б. ЛГ и ФСГ значительно повышены, ФПТ - отрицательная
- В. ЛГ нормальный, ФСГ повышен, ФПТ - положительная
- Г. ЛГ нормальный, ФСГ снижен, ФПТ - положительная
- Д. ЛГ нормальный, ФСГ нормальный, ФПТ отрицательная

378. Какие показатели гонадотропинов в крови и результаты пробы с 3-дневным введением хорионического гонадотропина (ФПТ) характерны для синдрома Клайнфельтера

- А. ЛГ и ФСГ снижены, ФПТ - положительная
- Б. ЛГ и ФСГ значительно повышены, ФПТ - отрицательная
- В. ЛГ нормальный, ФСГ повышен, ФПТ - положительная
- Г. ЛГ нормальный, ФСГ снижен, ФПТ - положительная
- Д. ЛГ нормальный, ФСГ нормальный, ФПТ отрицательная

379. Какие показатели гонадотропинов в крови и результаты пробы с 3-дневным введением хорионического гонадотропина (ФПТ) характерны для синдрома Каллмен

- А. ЛГ и ФСГ снижены, ФПТ - положительная
- Б. ЛГ и ФСГ значительно повышены, ФПТ - отрицательная
- В. ЛГ нормальный, ФСГ повышен, ФПТ - положительная
- Г. ЛГ нормальный, ФСГ снижен, ФПТ - положительная
- Д. ЛГ нормальный, ФСГ нормальный, ФПТ отрицательная

380. Какие показатели гонадотропинов в крови и результаты пробы с 3-дневным введением хорионического гонадотропина (ФПТ) характерны для X-сцепленной гипоплазии коры надпочечников

- А. ЛГ и ФСГ снижены, ФПТ - положительная
- Б. ЛГ и ФСГ значительно повышены, ФПТ - отрицательная
- В. ЛГ нормальный, ФСГ повышен, ФПТ - положительная
- Г. ЛГ нормальный, ФСГ снижен, ФПТ - положительная
- Д. ЛГ нормальный, ФСГ нормальный, ФПТ отрицательная

381. Какие показатели гонадотропинов в крови и результаты пробы с 3-дневным введением хорионического гонадотропина (ФПТ) характерны для синдрома анорхизма

- А. ЛГ и ФСГ снижены, ФПТ - положительная
- Б. ЛГ и ФСГ значительно повышены, ФПТ - отрицательная
- В. ЛГ нормальный, ФСГ повышен, ФПТ - положительная
- Г. ЛГ нормальный, ФСГ снижен, ФПТ - положительная
- Д. ЛГ нормальный, ФСГ нормальный, ФПТ отрицательная

382. Какой вариант пробы с диферелином характерен для синдрома Каллманн?

- А. Максимальный подъем ЛГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 10 МЕ/л

- Б. Максимальный подъем ФСГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 10 МЕ/л
- В. Максимальный подъем ЛГ (через 1 час и/или через 4 часа) не превышает 5 МЕ/л
- Г. Максимальный подъем ФСГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 15 МЕ/л
- Д. Максимальный подъем ЛГ и ФСГ (через 1 час и/или через 4 часа) выше 10 МЕ/л

383. Какое заболевание является причиной нарушений формирования пола с кариотипом 46, XY

- А. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы
- Б. Синдром анорхизма
- В. Синдром Каллманн
- Г. Врожденный гипопитуитаризм
- Д. Тестикулярная феминизация

384. Какое заболевание является причиной нарушений формирования пола с кариотипом 46, XX

- А. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы
- Б. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 17-гидроксилазы
- В. Липоидная гиперплазия коры надпочечников
- Г. Синдром поликистозных яичников
- Д. Синдром резистентных яичников

385. При какой форме нарушений формирования пола предпочтительна адаптация ребенка в мужском поле:

- А. Липоидная гиперплазия коры надпочечников
- Б. Полная форма нечувствительности к андрогенам
- В. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 17-гидроксилазы
- Г. Аденогенитальный синдром вследствие изолированной 17,20-лиазной недостаточности
- Д. Дефицит 5-альфа редуктазы 2 типа

386. Какой из признаков характерен для овотестикулярного нарушения формирования пола:

- А. Гонады в виде тяжей
- Б. Наличие овотестис
- В. Аплазия матки
- Г. Атрезия влагалища
- Д. Односторонний крипторхизм

387. Нарушение синтеза тестостерона характерно для всех перечисленных форм нарушений формирования пола, кроме:

- А. Липоидная гиперплазия коры надпочечников
- Б. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 3 β -гидроксистероиддегидрогеназы
- В. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 17-гидроксилазы
- Г. Аденогенитальный синдром вследствие изолированной 17,20-лиазной недостаточности
- Д. Дефицит 5-альфа редуктазы 2 типа

388. Для какой формы нарушений формирования пола с кариотипом 46,XY характерно наличие матки?

- А. Истинный агонадизм
- Б. Полная форма тестикулярной феминизации
- В. Аденогенитальный синдром вследствие недостаточности 17-гидроксилазы
- Г. Аденогенитальный синдром вследствие изолированной 17,20-лиазной недостаточности
- Д. Дефицит 5-альфа редуктазы 2 типа

389. Какой тип строения гонад характерен для смешанной дисгенезии гонад?

- А. Наличие овотестис с одной стороны и яичника с другой

- Б. Наличие соединительно-тканых тяжей без признаков дифференцировки с обеих
- В. Наличие яичек с обеих сторон
- Г. Соединительной- тканый тяж с признаками или без признаков дифференцировки по мужскому типу с одной стороны и дисгенетичное яичко с другой.
- Д. Наличие яичка с одной стороны и яичника с другой

390. Какой кариотип наиболее часто встречается при овотестикулярном нарушении формирования пола

- А. 46,XY
- Б. 46,XX
- В. 45,X/46,XY
- Г. 46,XX/46,XY.
- Д. 47,XXY/46,XX

391. Для какой формы нарушений формирования пола с кариотипом 46,XY характерно отсутствие матки

- А. Овотестикулярное нарушение формирования пола
- Б. Смешанная дисгенезия гонад
- В. Истинный анорхизм
- Г. Парциальная дисгенезия гонад
- Д. Дефицит 5 альфа редуктазы 2 типа.

392. Перечислены признаки характерные для чистой дисгенезии гонад с кариотипом 46,XY, кроме:

- А. Наличие матки
- Б. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу
- В. Гонады представлены соединительно- тканными тяжами
- Г. Отсутствие признаков полового созревания в пубертатном возрасте (отсутствие увеличение грудных желез)
- Д. Низкий уровни ЛГ и ФСГ в пубертатном возрасте

393. Для полной формы синдрома нечувствительности к андрогенам (тестикулярной феминизации) характерно все, кроме:

- А. Наличие матки
- Б. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу
- В. Хорошо развитие грудные железы
- Г. Отсутствие или скудное половое оволосение
- Д. Высоко нормальный или повышенный уровень ЛГ

394. Для нарушения формирования пола, обусловленного дефицитом 5-альфа редуктазы характерно все, кроме:

- А. Отсутствие матки
- Б. Наружные половые органы при рождении сформированы по женскому типу или имеют интерсексуальное строение
- В. Гонады представлены семенниками
- Г. Маскулинизация в пубертатном возрасте
- Д. Феминизация в пубертате

395. Для нарушения формирования пола, обусловленного неполной (частичной) резистентностью к андрогенам, характерно все перечисленное, кроме:

- А. Нарушение сперматогенеза
- Б. Наружные половые органы при рождении могут иметь вариабельное строение от интерсексуального до мужского .
- В. Кариотип 46,XX или 46,XX/46,XY

- Г. Гонады представлены семенниками
- Д. Матки нет

396. Наиболее часто встречающаяся опухоль при дисгинезии гонад с кариотипом 46, XY

- А. Гонадобластома
- Б. Нефробластома
- В. Астроцитомы
- Г. Хорионкарцинома
- Д. Герминома

397. Для преждевременного полового развития характерно все, кроме:

- А. Превышение роста более 2 SD относительно целевого роста на данный возраст
- Б. «Костный возраст» более чем на 2 года опережает паспортный
- В. «Костный возраст» на 2 года отстает от паспортного
- Г. Увеличение скорости роста более 2 SD за предшествующий период
- Д. Развитие вторичных половых признаков

398. Какие изменения в уровнях гормонов характерны для истинного преждевременного полового развития?

- А. Повышение ЛГ, ФСГ, снижение половых гормонов
- Б. Повышение половых гормонов, снижение ЛГ, ФСГ
- В. Повышение СТГ, снижение половых гормонов
- Г. Повышение половых гормонов и повышенные или нормальные ЛГ, ФСГ
- Д. Повышение ПРЛ, снижение половых гормонов.

399. Для истинного преждевременного полового развития у девочек характерно все, кроме:

- А. Увеличение грудных желез
- Б. Увеличение обоих яичников
- В. Увеличение матки
- Г. Ускорение роста
- Д. Увеличение одного яичника

400. Для истинного преждевременного полового развития у мальчиков характерно все, кроме:

- А. Увеличение размеров полового члена
- Б. Барифония
- В. Появление угревой сыпи
- Г. Ускорение роста
- Д. Допубертатные размеры семенников

401. Какое из перечисленных лабораторных изменений позволяет диагностировать начальную стадию диабетической нефропатии:

- А. Микроальбуминурия
- Б. Гематурия
- В. Протеинурия
- Г. Повышенный уровень креатинина в крови
- Д. Снижение клубочковой фильтрации

402. Какое из лабораторных исследований не применяется для диагностики аутоиммунного тиреоидита

- А. УЗИ щитовидной железы
- Б. Антитела к вирусу краснухи
- В. Антимикросомальные тиреоидные антитела

- Г. Антитела к тиреоглобулину
- Д. Антитела, блокирующие тиреотропный гормон

403. Какие биохимические показатели являются признаками первичной надпочечниковой недостаточности?

- А. Высокий уровень фосфора и низкий уровень кальция
- Б. Высокий уровень калия и низкий уровень натрия
- В. Высокий уровень калия и высокий уровень креатинина
- Г. Нормальный уровень натрия и нормальный уровень калия
- Д. Высокий уровень натрия и нормальный уровень калия

404. Укажите минимальное значение уровня глюкозы венозной крови, взятой в любое время дня, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений

- А. Менее 5,6 ммоль/л
- Б. 6,7 ммоль/л
- В. 9,7 ммоль/л
- Г. 11,1 ммоль/л
- Д. 15 ммоль/л

405. Для диагностики соматотропной недостаточности используются все названные исследования, кроме:

- А. пробы с глюкагоном
- Б. исследования инсулиноподобного фактора роста-1
- В. проба с диферелином
- Г. проба с клофелином
- Д. проба с инсулином

406. Для подтверждения диагноза соматотропной недостаточности необходимо проведение пробы:

- А. с синактеном
- Б. с инсулином
- В. с диферелином
- Г. дексаметазоном
- Д. с глюкозой

407. Какой метод позволяет выявить нарушенную толерантность к углеводам:

- А. Определение глюкозурии
- Б. Исследование гликемии натощак
- В. Проведение ОГТТ (орального глюкозотолерантного теста)
- Г. HLA типирование
- Д. Определение антител к антигенам β -клеток поджелудочной железы

408. Для диагностика стертой (неклассической) формы врожденной дисфункции коры надпочечников вследствие 21-гидроксилазной недостаточности необходимо проведение пробы:

- А. с глюкагоном
- Б. с инсулином
- В. с диферелином
- Г. с синактеном
- Д. клофелином

409. Какие биохимические показатели из перечисленных отмечаются при вторичной надпочечниковой недостаточности:

- А. Высокий уровень калия и высокий уровень креатинина
- Б. Высокий уровень калия и низкий уровень натрия
- В. Нормальный уровень натрия и нормальный уровень калия
- Г. Высокий уровень фосфора и низкий уровень кальция
- Д. Высокий уровень натрия и нормальный уровень калия

410. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме:

- А. гипергликемия
- Б. гипербилирубинемия
- В. глюкозурия
- Г. гипонатриемия
- Д. наличие ацетона в моче

411. Каким должно быть значение гликемии в венозной крови натощак для показаний к проведению орального глюкозо-толерантного теста

- А. Менее 5,5 ммоль/л
- Б. 5,6-6,9 ммоль/л
- В. 6,8-7,5 ммоль/л
- Г. 8,7 ммоль/л
- Д. 11,1 ммоль/л

412. Для диагностики соматотропной недостаточности используются все названные исследования, кроме:

- А. Проба с глюкагоном
- Б. Исследование инсулиноподобного фактора роста-1
- В. Проба с диферелином
- Г. Проба с клофелином
- Д. Проба с инсулином

413. Какой из перечисленных симптомов не встречается при первичной хронической недостаточности надпочечников:

- А. Артериальная гипотензия
- Б. Ожирение
- В. Гиподинамия
- Г. Гиперпигментация
- Д. Частые боли в животе, тошнота, рвоты

414. Какой из симптомов не характерен для стертой формы адреногенитального синдрома у девочек:

- А. опережение роста и темпов окостенения скелета
- Б. запаздывание развития грудных желез

- В. Гирсутизм
- Г. Аномальное строение наружных гениталий
- Д. Аменорея

415. Какой из перечисленных симптомов не характерен для диабетического кетоацидоза III стадии (диабетической кетоацидотической комы):

- А. Утрата сознания
- Б. Тяжелый эксикоз
- В. Токсическое дыхание (Кусс-Мауля)
- Г. Сердечно-сосудистая недостаточность
- Д. Полиурия

416. Увеличение объема щитовидной железы может отмечаться при всех заболеваниях, кроме:

- А. Диффузный токсический зоб
- Б. Тиреоидит Хашимото
- В. Врожденный гипотиреоз при эктопии щитовидной железы
- Г. Эндемичный зоб
- Д. Узловой зоб

417. Для первичного гиперпаратиреоза не характерно:

- А. Гипокальциемия с гиперфосфатемией
- Б. Гиперкальциемия с гипофосфатемией
- В. Мочекаменная болезнь
- Г. Переломы костей
- Д. Повышенная экскреция кальция с мочой

418. Для аутоиммунного полигландулярного синдрома I типа характерно всё, кроме:

- А. Кандидоз,
- Б. Подкожные кальцинаты
- В. Гипопаратиреоз
- Г. Аутоиммунный сахарный диабет
- Д. Надпочечниковая недостаточность

419. Феномен Сомоджи это:

- А. Утренняя гипергликемия после ночной гипогликемии
- Б. Снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина
- В. Резкий подъем уровня глюкозы крови в ранние утренние часы, обусловленный действием контринсулярных гормонов
- Г. Исчезновение симптомов стероидного сахарного диабета после двусторонней адреналэктомии
- Д. Все перечисленное неверно

420. Низкорослость может отмечаться при всех заболеваниях, кроме:

- А. Витамин-Д-зависимый рахит.
- Б. Псевдогипопаратиреоз.
- В. Гипотиреоз
- Г. Синдром Марфана.
- Д. Фосфатемический рахит

421. Какие биохимические показатели являются признаками гипопаратиреоза:

- А. Высокий уровень фосфора и низкий уровень кальция

- Б. Высокий уровень калия и низкий уровень натрия
- В. Высокий уровень калия и высокий уровень креатинина
- Г. Нормальный уровень натрия и нормальный уровень калия
- Д. Высокий уровень натрия и нормальный уровень калия

422. Для начинающейся диабетической нефропатии характерно все, кроме:

- А. Микроальбуминурия
- Б. Гиперфилтрации при нормальной СКФ
- В. Протеинурии
- Г. Нормального артериального давления
- Д. Отсутствие постоянных отеков

423. С сахарным диабетом ассоциировано следующее поражение кожи:

- А. Атопический дерматит
- Б. Липоидный некробиоз
- В. Папилломатоз
- Г. Дисгидроз
- Д. Лейкоплакия

424. Для препролиферативной ретинопатии характерно все, кроме

- А. Очаги кровоизлияний в сетчатку
- Б. Твердые и мягкие экссудаты
- В. Микроаневризмы
- Г. Неоваскуляризация сосудов
- Д. Все перечисленное неверно

425. Для большинства пациентов сахарным диабетом типа MODY характерно:

- А. Начало в молодом возрасте
- Б. Наследственный характер
- В. Относительно благоприятное течение заболевания
- Г. Отсутствие потребности в инсулине более чем через три года от выявления заболевания
- Д. Все перечисленное

426. Выбрать перечисленные ниже синдромы, включающие сахарный диабет, при которых наблюдаются поражения кожи

- А. Синдром Сейпа-Лоуренса (врожденная генерализованная липодистрофия)
- Б. Гиперпигментация вследствие гемохроматоза
- В. Синдром Альстрема
- Г. Аутоиммунные полигландулярные синдромы
- Д. Все вышеперечисленное

427. Проявлениями неудовлетворительного гликемического контроля сахарного диабета является все, кроме:

- А. Жажды
- Б. Гипергликемии
- В. Кетоацидоза
- Г. Прибавок массы тела
- Д. Полиурии и глюкозурии

428. 14-летнего мальчика в течение 2 недель беспокоят полиурия и жажда. Для какого из перечисленных заболеваний такая клиника не характерна:
- А. Сахарный диабет
 - Б. Несахарный диабет
 - В. Тиреотоксикоз
 - Г. Нейрогенная полидипсия
 - Д. Гипотиреоз
429. Какой из перечисленных симптомов не характерен для диабетического кетоацидоза I стадии
- А. Нарушение сознания
 - Б. Диабетический рубеоз
 - В. Тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе
 - Г. Снижение аппетита и значительная жажда
 - Д. Нарастающий эксикоз
430. Гетеросексуальные наружные гениталии отмечаются во всех случаях, кроме:
- А. у мальчиков с врожденной дисфункцией коры надпочечников;
 - Б. у мальчиков с синдромом неполной маскулинизации;
 - В. у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников, сольтеряющей формой
 - Г. у мальчиков с дисгенезией яичек;
 - Д. у девочек с простой вирильной формой врожденной гиперплазии коры надпочечников
431. Для диабетической нефропатии специфично:
- А. развитие интерстициального нефрита;
 - Б. развитие узелкового гломерулосклероза;
 - В. поражение проксимальных канальцев
 - Г. поражение дистальных канальцев
 - Д. поражение и дистальных, и проксимальных канальцев
432. Может сопровождаться низкорослостью/замедлением темпов роста:
- А. Синдром Беквита-Видемана
 - Б. Синдром Мориака.
 - В. Гипертиреоз
 - Г. Синдром Марфана
 - Д. Синдром Клайнфелтера.
433. Низкорослость может отмечаться при всех заболеваниях, кроме:
- А. Витамин-Д-зависимый рахит.
 - Б. Псевдогипопаратиреоз.
 - В. Гипотиреоз
 - Г. Синдром Марфана.
 - Д. Фосфатемический рахит.
434. Метаболический синдром включает в себя всё названное за исключением:
- А. Нарушения толерантности к глюкозе по диабетическому типу;
 - Б. Артериальной гипертензии;
 - В. Дислипидемии;

- Г. Микрогематурии
- Д. Стеатоза печени

435. Какой из перечисленных симптомов ценен при проведении дифференциального диагноза между первичной и вторичной надпочечниковой недостаточностью?

- А. Гипотония;
- Б. Гиперпигментация;
- В. Гипогликемия;
- Г. Адинамия;
- Д. Отставание в физическом развитии.

436. Какой из симптомов не характерен для диабетической полинейропатии:

- А. Парестезии
- Б. Снижение болевой, тактильной и температурной чувствительности
- В. Гипертермия пораженных участков
- Г. Сухость и шелушение кожи
- Д. Судорожные сокращения мышц голени

437. Какой из лабораторных показателей не типичен для больного с врожденным гипотиреозом в возрасте старше 6 месяцев

- А. Повышение уровня ТТГ в крови выше 10 мМЕ/л
- Б. Снижение Т₄ ниже 60 нмоль/л
- В. Снижение вольтажа зубцов комплекса QRS и брадикардия на ЭКГ
- Г. Отставание "костного" возраста от паспортного
- Д. Ускорение времени ахиллова рефлекса

438. Какое из перечисленных заболеваний не является компонентом аутоиммунных полигландулярных синдромов:

- А. Аутоиммунный тиреоидит
- Б. Диффузный токсический зоб
- В. Пернициозная анемия
- Г. Первичный гипокортицизм
- Д. Эндемический зоб

439. Для какого из заболеваний характерно пропорциональное телосложение

- А. Ахондроплазия
- Б. Мукополисахаридоз
- В. Гипотиреоз
- Г. Гипопитуитаризм
- Д. Синдром Марфана

440. Для большинства пациентов сахарным диабетом типа MODY характерно:

- А. Начало в молодом возрасте
- Б. Наследственный характер
- В. Относительно благоприятное течение заболевания
- Г. Отсутствие потребности в инсулине более чем через три года от выявления заболевания
- Д. Все перечисленное

441. Для врожденной дисфункции коры надпочечников (дефицит 21-гидроксилазы), сольтеряющей формы, не характерно:
- А. Гиперпигментация белой линии живота
 - Б. Артериальная гипертензия
 - В.Повышение 17-гидроксипрогестерона
 - Г. Гиперкалиемия с гипонатриемией
 - Д. Неправильное строение гениталий у девочек
442. Какой из перечисленных симптомов не характерен для врожденного гипотиреоза у ребенка в возрасте старше 6 месяцев
- А. Отставание в росте
 - Б. Избыточные прибавки массы тела
 - В. Брадикардия
 - Г. Запоры
 - Д. Задержка психомоторного развития
443. Какое из перечисленных изменений не характерно для диабетической микроангиопатии
- А. Утолщение базальной мембраны
 - Б. Пролиферация эндотелия
 - В. Отложение избыточного количества PAS-положительных веществ
 - Г. Дегенеративные изменения в эндотелиальных клетках и перицитах
 - Д. Истончение базальной мембраны
444. Какой из симптомов не характерен для криза острой надпочечниковой недостаточности:
- А. Цианоз и "мраморность" кожных покровов
 - Б. Снижение артериального давления
 - В. Рвота
 - Г. Боли в животе
 - Д. Полиурия
445. Какой из симптомов позволяет дифференцировать истинное и ложное преждевременное половое развитие у мальчиков раннего возраста:
- А. Увеличение объема яичек
 - Б. опережение "костного" возраста
 - В. Раннее появление вторичных половых признаков
 - Г. Повышенный уровень тестостерона в крови
 - Д. Повышение экскреции 17-КС с мочой
446. Какой из симптомов не характерен для изолированного гипоальдостеронизма:
- А. Полиурия
 - Б. Гиперпигментация
 - В. Гиперкалиемия
 - Г. Гипонатриемия
 - Д. Ортостатическая гипотония
447. Что не типично для врожденного гипотиреоза в раннем постнатальном периоде:
- А.Пупочная грыжа
 - Б.Отечное лицо, веки, губы
 - В.Тахикардия

- Г. Низкий грубый голос при плаче
- Д. Брадикардия

448. Для аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа характерно всё, кроме:

- А. Кандидоза
- Б. Подкожных кальцинатов
- В. Гипопаратиреоза
- Г. Аутоиммунного сахарного диабета
- Д. Надпочечниковой недостаточности

449. Для псевдогипопаратиреоза характерно всё, кроме:

- А. Подкожных кальцинатов
- Б. Укорочения пястных костей
- В. Нормального уровня паратгормона
- Г. Пятен цвета «кофе с молоком»
- Д. Лунообразное лицо

450. Феномен утренней зари - это:

- А. Хроническая передозировка инсулина, сопровождающаяся гипергликемией вследствие гипогликемических реакций.
- Б. Утренняя гипергликемия, связанная с выбросом контринсулярных гормонов и глюконеогенезом в печени в ранние утренние часы.
- В. Местная гиперергическая реакция на инсулин в виде отека, уплотнения, резкой гиперемии кожи в месте введения инсулина в плоть до некроза и последующего рубцевания.
- Г. Гипогликемические состояния по утрам
- Д. Головные боли с рвотами по утрам

451. Все препараты применяют для заместительной терапии гипопитуитаризма, кроме:

- А. Препараты соматотропина
- Б. Тиреоидные гормоны
- В. Синактен
- Г. Половые гормоны
- Д. Глюкокортикоиды

452. В лечении истинного преждевременного полового развития используются препарат:

- А. Кортизон
- Б. Метизол
- В. Парлодел;
- Г. Трипторелин
- Д. Тироксин.

453. Какой из тестов используется для лабораторного подтверждения явного сахарного диабета:

- А. Проба на толерантность к углеводам
- Б. Определение относительной плотности мочи
- В. Определение кетоновых тел в моче
- Г. Исследование уровня гликемии в любой пробе крови и глюкозурии
- Д. Уровень инсулина в крови

454. Какой метод лечения применяется при гипотиреозе:

- А. Малые дозы или прерывистые курсы тироксина
- Б. Максимальная переносимая доза тироксина

- В. Антиструмин
- Г. Физиотерапевтическое лечение
- Д. Препараты йода

455. Патогенетической терапией гипопаратиреоза является использование:

- А. Препаратов кальция
- Б. Препарата кальцитриола (рокальтрола)
- В. Витамина Д
- Г. Препаратов калия
- Д. Препаратов магния

456. Какой из нижеперечисленных препаратов Вы выберете для стартовой заместительной терапии при первичном гипогонадизме?

- А. Хорионический гонадотропин
- Б. Препараты менопаузного гонадотропина
- В. Комбинированные гонадотропины
- Г. Препараты тестостерона
- Д. Анаболические стероиды

457. Скорость внутривенного микроструйного введения инсулина при диабетической коме:

- А. 2,0 ед/кг массы/ час;
- Б. 0,03 ед/кг массы/ час;
- В. 0,1-0,2 ед/кг массы/ час;
- Г. 1,0 ед/кг массы/ час;
- Д. 0,01 ед/кг массы/ час;

458. Для диагностики гипотизарного нанизма проводится проба:

- А. с синактеном;
- Б. с клофелином;
- В. с дексаметазоном;
- Г. с вазопрессином;
- Д. с диферелином

459. Среднесуточная потребность в инсулине у детей с сахарным диабетом 1 типа обычно составляет

- А. 0,1 ЕД на килограмм фактического веса
- Б. 0,1–0,2 ЕД на килограмм веса
- В. 0,3–0,5 ЕД на килограмм фактического веса
- Г. 0,7–0,9 ЕД на килограмм фактического веса
- Д. 1–1,5 ЕД на килограмм веса

460. Какая из перечисленных ситуаций не является причиной диабетического кетоацидоза у детей

- А. Поздняя диагностика сахарного диабета
- Б. Бесконтрольное введение инсулина
- В. Нарушение диеты
- Г. Умеренная регулярная физическая нагрузка
- Д. Интеркуррентное заболевание

461. К вирусам, тропным к бета-клеткам, относятся все, кроме :

- А. Вируса Эбштейн-Барра
- Б. Вируса краснухи
- В. Вируса натуральной оспы
- Г. Цитомегаловирус
- Д. Вирус кори

462. Причиной первичной недостаточности надпочечников может быть все, кроме:

- А. Наследственная гипоплазия надпочечников
- Б. Туберкулез
- В. Адреналэктомия
- Г. Опухоль гипофиза
- Д. Кровоизлияние в надпочечники

463. Какое из перечисленных состояний не является фактором риска развития сахарного диабета 1 типа:

- А. Сибсы больных сахарным диабетом 1 типа
- Б. Дети больных сахарным диабетом 1 типа
- В. Больные ожирением
- Г. Лица с аутоиммунными заболеваниями
- Д. Лица с повышенным титром антител к островковым клеткам

464. Какой из методов используется для диагностики врожденного гипотиреоза в неонатальном периоде

- А. Исследование уровней ТТГ и тиреоидных гормонов в крови
- Б. Клинический осмотр
- В. ЭКГ
- Г. Исследование уровней холестерина и липидов в крови
- Д. Определение "костного" возраста

465. Причиной гипопитуитаризма может быть все, кроме:

- А. Краниофарингеома
- Б. Апоплексия гипофиза
- В. Ретикулогистиоцитоз
- Г. Генетически обусловленный дефект синтеза СТГ
- Д. Гормонпродуцирующая опухоль гипофиза

466. К задержке полового развития у девочек чаще всего могут приводить все перечисленные, кроме:

- А. Дефицит веса
- Б. Тяжелые соматические заболевания
- В. Избыточная физическая нагрузка
- Г. Наследственная предрасположенность к позднему половому развитию
- Д. Ожирение

467. Снижение темпов роста при сахарном диабете может быть следствием:

- А. Постоянной гипергликемии
- Б. Недостаточной дозы инсулина.
- В. Высокого гликированного гемоглобина

- Г. Отсутствия самоконтроля
- Д. Всего выше перечисленного

468. Среди причин врожденного первичного гипотиреоза могут быть все, за исключением:

- А. гипогенезии щитовидной железы
- Б. аплазии щитовидной железы
- В. дисгормоногенеза (дефекта пероксидазной системы)
- Г. эктопии щитовидной железы
- Д. врожденной аномалии гипоталамо-гипофизарной системы

469. Гипогликемическое состояние у детей является следствием всех перечисленных ниже причин, кроме

- А. Изолированный дефицит СТГ
- Б. Гиперпродукция АКТГ
- В. Недостаточность гликогенсинтазы
- Г. Дефицит глюкагона
- Д. Надпочечниковой недостаточности

470. Морфологическим проявлением какого из типов сахарного диабета является инсулит?

- А. Сахарный диабет тип 2
- Б. Сахарный диабет тип 1
- В. Гестационный сахарный диабет
- Г. Вторичный сахарный диабет, обусловленный синдромом гиперкортицизма
- Д. Генетические формы сахарного диабета (MODY и др)

471. Укажите тип сахарного диабета, при котором гены главного комплекса гистосовместимости считаются патогенетически значимыми

- А. Сахарный диабет тип 2
- Б. Сахарный диабет беременных
- В. Сахарный диабет тип 1
- Г. Сахарный диабет тип MODY
- Д. Данный генетический локус не ассоциирован с сахарным диабетом

472. При каком из перечисленных заболеваний щитовидной железы у матери ребенок не должен получать грудное материнское молоко?

- А. Гипотиреоз на лечении тиреоидными гормонами
- Б. Диффузный токсический зоб после струмэктомии
- В. Диффузный токсический зоб на лечении тиреостатиками
- Г. Аутоиммунный тиреоидит
- Д. Узловой нетоксический зоб

473. Для для диабетического кетоацидоза I стадии характерно все, кроме

- А. Нарушение сознания
- Б. Диабетический рубез
- В. Тошнота
- Г. Снижение аппетита и значительная жажда
- Д. Нарастающий эксикоз

474. Для диабетического кетоацидоза III стадии (диабетической кетоацидотической комы) характерно все, кроме:

- А. Утрата сознания
- Б. Тяжелый эксикоз
- В. Токсическое дыхание (Кусс-Мауля)
- Г. Сердечно-сосудистая недостаточность
- Д. Полиурия

475. Наиболее информативным признаком диабетического кетоацидоза II стадии является следующий:

- А. Гипергликемия выше 20 ммоль/л
- Б. Глюкозурия более 2%
- В. Кетонурия ++ и более
- Г. Повышение гематокрита (Ht) более 0,47 %
- Д. Снижение рН крови ниже 7,2 при ВЕ более -10 на фоне гипергликемии и кетонурии

476. К признакам, подтверждающим диагноз "диабетическая кетоацидотическая кома", относятся все, кроме:

- А. бессознательное состояние;
- Б. шумное Куссмаулевское дыхание;
- В. гипергидроз;
- Г. сухость кожи;
- Д. запах ацетона.

477. Факторами риска кетоацидотической комы могут все, кроме :

- А. Тяжелое интеркуррентное заболевание ;
- Б. Чрезмерное повышение доз инсулина (чаще перед сном);
- В. Назначение недостаточных доз инсулина
- Г. Пропуск инъекций инсулина, использование просроченных инсулинов;
- Д. Отсутствие самоконтроля;

478 . Гипогликемическое состояние у детей является следствием всех перечисленных ниже причин, кроме

- А. Изолированный дефицит СТГ
- Б. Гиперпродукция АКТГ
- В. Недостаточность гликогенсинтазы
- Г. Дефицит глюкагона
- Д. Надпочечниковая недостаточность

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

- А. Пульс и частоту дыхания
- Б. Кислотно-щелочное состояние
- В. Гематокрит
- Г. Гликемию
- Д. Все перечисленное

480. В процессе лечения кетоацидоза у ребенка развились выраженная головная боль, головокружение, тошнота, рвота, расстройства зрения, появилась лихорадка. Данная симптоматика скорее всего свидетельствует о:

- А. Гипогликемической реакции
- Б. Прогрессировании симптомов кетоацидоза
- В. Отеке мозга
- Г. Присоединении интеркуррентной инфекции
- Д. Все перечисленное неверно

481. Диабетический кетоацидоз возникает у больных СД типа 1 вследствие:

- А. Отказа от инсулинотерапии
- Б. Присоединения тяжелых инфекционных заболеваний
- В. Нарушении диетотерапии
- Г. Использовании инсулина с истекшим сроком годности или неправильно хранимого инсулина
- Д. Всего перечисленного

482. Уровень гликозилированного гемоглобина отражает содержание сахара в крови за предшествующие:

- А. 8 часов
- Б. 1 неделю
- В. 1 месяц
- Г. 3 месяца
- Д. 6 месяцев

483. Какой гипоталамический нейропептид стимулирует пищевое поведение и накопление жира в адипоцитах?

- А. Гликогеноподобный пептид;
- Б. "У" (уай)-пептид;
- В. Кортиколиберин;
- Г. Тиреолиберин
- Д. Соматолиберин

484. Все перечисленные симптомы имеют место при аденогенитальном синдроме, вызванном дефицитом 21-гидроксилазы, кроме...

- А. Вирилизация у девочек
- Б. Возможна пигментация кожи
- В. У детей возможно развитие гипонатриемии и гиперкалиемии
- Г. Гениталии у мальчиков интерсексуальные
- Д. Это аутосомно-рецессивное заболевание

485. Пептидный гормон, вырабатываемый адипоцитами в "сытом состоянии":

- А. Вазоинтестинальный пептид;
- Б. Лептин;
- В. Гликогеноподобный пептид;
- Г. Мотилин;
- Д. Бомбезин.

486. С-пептид является:

- А. Маркером компенсации сахарного диабета

- Б. Контринсулярным гормоном
- В. Показателем секреции инсулина
- Г. Маркером сахарного диабета 2 типа
- Д. Все перечисленное неверно

487. В основе развития сахарного диабета типа 1 лежит

- А. Инсулинорезистентность
- Б. Гиперинсулинемия
- В. Атеросклероз
- Г. Повреждение бета-клеток, абсолютный инсулинодефицит
- Д. Все перечисленное неверно

488. Основным стимулятором секреции инсулина является:

- А. Адреналин
- Б. Норадреналин
- В. Глюкоза
- Г. Пролактин
- Д. Соматостатин

489. Бета-клетки поджелудочной железы синтезируют все нижеуказанные вещества, за исключением:

- А. Инсулин
- Б. Инсулиноподобный фактор роста II
- В. С-пептид
- Г. Проинсулин
- Д. Препроинсулин

490. Какой из видов клеток островков Лангерганса секретирует инсулин?

- А. α -клетки
- Б. β -клетки
- В. δ -клетки
- Г. $\rho\rho$ -клетки
- Д. ϵ -клетки

491. Основным стимулятором секреции инсулина является:

- А. Адреналин
- Б. Норадреналин
- В. Глюкоза
- Г. АКГГ
- Д. Соматостатин

492. Антагонистами инсулина являются:

- А. Глюкагон
- Б. СТГ

- В. Тироксин
- Г. Кортизол
- Д. Все перечисленное

493. Оценка индекса массы тела возможна с помощью:

- А. Ростомер
- Б. Весы
- В. Интернет калькуляторы (Medscape/ Anthro и т.д.)
- Г. Сантиметровая лента
- Д. Калькулятор

494. Коррекция веса ребенка при профилактике проводится с использованием:

- А. Диетотерапия
- Б. Физическая активность
- В. Здоровый образ жизни (режим дня, витаминотерапия и т.д)
- Г. Санитарно-просветительная работа
- Д. Все выше перечисленное

495. Целевой уровень глюкозы крови при врожденном гиперинсулинизме

- А. 7,8-11,1 ммоль/л
- Б. Ниже 4 ммоль/л
- В. Более 4 ммоль/л
- Г. 3,3-5,5 ммоль/л
- Д. До 9,0 ммоль/л

496. Критерии эффективности консервативного лечения врожденного гиперинсулинизма является

- А. Достижение стойкой эугликемии (более 3.-4 ммоль/л)
- Б. Нормализация кортизола
- В. Отсутствие рвоты
- Г. Нормальные прибавки массы тела
- Д. Своевременное начало полового созревания

497. При лечении центрального несахарного диабета синтетическим аналогом антидиуретического гормона пролонгированного действия относительная плотность мочи должна быть

- А. Ниже 1,005
- Б. Не выше 1,015
- В. Выше 1015
- Г. В пределах 1,020-1,030
- Д. В пределах 1,000-1,010

498. Макропролактинома это

- А. Аденома гипофиза секретирующая АКТГ
- Б. Аденома гипофиза секретирующая ТТГ размерами более 1 см
- В. Аденома гипофиза секретирующая пролактин размерами менее 1 см
- Г. Аденома гипофиза секретирующая СТГ
- Д. Аденома гипофиза секретирующая пролактин размерами более 1 см

499. Нефрогенный несахарный диабет может быть

- А. Наследственным
- Б. Ятрогенным
- В. Связанным с алиментарными нарушениями
- Г. Вызванным гипокалиемией или гиперкальциемией

Д. Все вышеперечисленное

500. Основными препаратами для лечения врожденного гиперинсулинизма являются:

- А. Диазоксид, глюкагон, аналоги соматостатина
- Б. Лизпро, аспарт, глулизин, гларгин, детемир
- В. Преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон
- Г. Диферелин, декапептил депо, люкрин депо
- Д. Бромокриптин, каберголин, хинаголид

501. Аналоги соматотропина (октеротид) назначают

- А. Подкожно 5-30 мкг/кг/сут
- Б. Внутривенно 5-30 мкг/кг/сут
- В. Внутримышечно 5-30 мкг/кг/сут
- Г. Ректально 5-30 мкг/кг/сут
- Д. Внутрь 5-30 мкг/кг/сут

502. Возможные побочные эффекты от введения аналогов соматостатина (октреотида) у детей с врожденным гиперинсулинизмом:

- А. Анорексия
- Б. Рвота
- В. Холелитиаз
- Г. Задержка роста
- Д. Все вышеперечисленное

503. Показание к оперативному лечению врожденного гиперинсулинизма

- А. Повторные тяжелые гипогликемии на фоне погрешностей в питании
- Б. Высокая потребность в препаратах для консервативного лечения
- В. Фокальные формы врожденного гиперинсулинизма
- Г. Женский пол
- Д. Отсутствие возможности регулярного контроля гликемии

504. Препарат первой линии терапии при врожденном гиперинсулинизме диазоксид (прогликем) имеет следующие побочные эффекты, кроме

- А. Гипертрихоза
- Б. Задержки жидкости
- В. Лейкопении и гиперурикемии
- Г. Артериальной гипотонии
- Д. Ускорения роста

505. Нейрохирургическое лечение показано при гигантизме, вызванном

- А. Соматотропиномой
- Б. Синдромом Марфана
- В. Синдромом Клайнфельтера
- Г. Синдромом Сотоса
- Д. Гомоцистинурией

506. Какой из ниже перечисленных препаратов используют в лечении гипофизарного гигантизма и акромегалии?

- А. Левотироксин
- Б. Октреотид (Сандостатин)
- В. Гидрокортизон
- Г. Адиуретин
- Д. Хориноический гонадотропин

507. Медикаментозное лечение пролактином проводится препаратом
- А. Из группы агонисты допамина
 - Б. Из группы суперагонисты гонадотропин-релизинг гормонов
 - В. Из группы аналогов соматотропина
 - Г. Из группы ингибиторов АПФ
 - Д. Всем вышеперечисленным
508. Нейрохирургическое лечение аденом гипофиза может приводить
- А. Несахарному диабету
 - Б. Гипопитуитаризму
 - В. Ликворее
 - Г. Повреждению зрительных нервов
 - Д. Всему вышеперечисленному
509. Применение резерпина, фенотиазина, галоперидола, метоклопрамида, сульпирида, верапамила, метилдофы, опиатов, гормональных контрацептивов может приводить к
- А. Гиперпролактинемии
 - Б. Гипотермии
 - В. Тиреотоксикозу
 - Г. Недостаточности гормона роста
 - Д. Всему вышеперечисленному
510. Показанием для хирургического лечения пролактиномы являются
- А. непереносимость медикаментозной терапии
 - Б. сдавление перекреста зрительных нервов
 - В. прорастание аденомы в пещеристые синусы
 - Г. неэффективность медикаментозной терапии
 - Д. Все вышеперечисленное
511. После начала медикаментозной терапии уменьшение размеров пролактиномы на 50% обычно наступает
- А. Через 2-3 дня
 - Б. Через 2-3 часа
 - В. Через 1-2 недели
 - Г. Через 2-3 месяца
 - Д. Через 2-3 года
512. При центральном несахарном диабете после приема препарата антидиуретического гормона отмечается
- А. Ослабление жажды
 - Б. Снижение объема выделяемой мочи
 - В. Нормализация уровня электролитов крови
 - Г. Увеличение относительной плотности мочи более 1,010
 - Д. Все вышеперечисленное
513. Лечение при несахарном диабете центрального генеза проводят
- А. Инсулином
 - Б. Ограничением потребляемой жидкости
 - В. Десмопрессином
 - Г. Ингибиторами АПФ
 - Д. Кортизолом
514. Лечение при нефрогенном несахарном диабете
- А. Ограничение соли

- Б. Свободный питьевой режим
- В. Назначение препаратов калия и кальция
- Г. При тяжелом течении назначение тиазидовых диуретиков и ингибиторов синтеза простагландинов
- Д. Все вышеперечисленное

515. Укажите основной метод лечения гиперпролактинемического гипогонадизма:

- А. Медикаментозная терапия агонистами дофамина
- Б. Хирургическое лечение
- В. Лучевая терапия
- Г. Циклическая терапия эстроген-гестагенными препаратами
- Д. Терапия гонадотропинами

516. Медицинские обследования необходимые для получения клинико-функциональных данных при направлении на медико-социальную экспертизу ребенка с СД:

- А. Гликированный гемоглобин не менее 2 измерения за год
- Б. УЗИ щит. железы
- В. Ат к GAD, IA2 не менее 1 раза в год
- Г. Рентгенограмма лучезапястных суставов
- Д. Электроэнцефалограмма

517. Больничный лист по уходу за больным ребенком выдается:

- А. Работающему родителю, ухаживающему за ребенком, которому меньше 7 лет
- Б. Если ребенку от 7 до 15 лет, то оплачиваемый отпуск одновременно выдается только на 15 дней.
- В. Больничный по уходу за ребенком до 15 лет выдается как при стационарном, так и при амбулаторном лечении, то есть при лечении в домашних условиях с посещением медицинских учреждений.
- Г. Если ребенок инвалид, у него онкология или ВИЧ, за таким больным можно ухаживать более продолжительное время.
- Д. Все выше перечисленное.

518. При проведении пробы с голоданием для диагностики врожденного гиперинсулинизма новорожденным с нормальным весом рекомендуется использовать временной промежуток:

- А. 3,5-4 часа
- Б. 10 часов
- В. 15 часов
- Г. 20 часов
- Д. 24 часа

519. При проведении пробы с голоданием у новорожденного с врожденным гиперинсулинизмом в момент гипогликемии будет:

- А. Повышен уровень лактата крови
- Б. Пониженный уровень гормона роста
- В. Пониженный уровень кортизола
- Г. Нарастание уровня кетоновых тел и свободных жирных кислот по сравнению с базальными показателями
- Д. Уровень инсулина в сыворотке на фоне гипогликемии будет иметь определяемые значения (более 2 мкЕд/мл)

520. При проведении пробы с голоданием для диагностики врожденного гиперинсулинизма новорожденным с задержкой внутриутробного развития рекомендуется использовать временной промежуток:

- А. 3,5-4 часа

- Б. 2,5-3 часа
- В. 15 часов
- Г. 20 часов
- Д. 24 часа

521. Гипогликемическое состояние у детей может является следствием всех перечисленных ниже причин, кроме:

- А. Изолированный дефицит СТГ
- Б. Гиперпродукция АКТГ
- В. Недостаточность гликогенсинтазы
- Г. Дефицит глюкагона
- Д. Всего перечисленного

522. Семейная форма центрального несахарного диабета характеризуется

- А. Проявляется в раннем возрасте
- Б. Малыми прибавками в весе
- В. Быстрым развитием экзикога при перерыве в кормлении
- Г. Развитием судорог и комы при лишении воды
- Д. Всем вышеперечисленным

523. Какой из перечисленных симптомов не встречается при первичной хронической недостаточности надпочечников:

- А. Артериальная гипотензия
- Б. Ожирение
- В. Гиподинамия
- Г. Гиперпигментация
- Д. Частые боли в животе, тошнота, рвоты

524. Какой из симптомов не характерен для синдрома Мориака:

- А. Гепатомегалия
- Б. Гирсутизм
- В. Задержка роста и полового развития
- Г. Ожирение
- Д. Диагностируется у подростков, больных сахарным диабетом

525. При первичном гиперальдостеронизме больные жалуются на

- А. Артериальную гипертензию
- Б. Головные боли
- В. Мышечную слабость
- Г. Парестезии различной локализации
- Д. Все вышеперечисленное

526. Для какого синдрома с высокорослостью не характерна умственная отсталость

- А. Синдром Видемана-Беквита
- Б. Синдром Марфана
- В. Церебральный гигантизм (синдром Сотоса)
- Г. Синдром Клайнфельтера
- Д. Гомоцистинурия

527. Сколько степеней вирилизации наружных половых органов выделяется при использовании шкалы A. Prader.

- А. 3
- Б. 5
- В. 7

- Г. 2
- Д. 4

528. С-пептид является:

- А. Маркером компенсации сахарного диабета
- Б. Контринсулярным гормоном
- В. Показателем секреции инсулина
- Г. Маркером сахарного диабета 2 типа
- Д. Показателем активности воспалительного процесса

529. Бета-клетки поджелудочной железы секретируют все нижеуказанные вещества, за исключением

- А. Инсулина
- Б. Инсулиноподобного фактора роста II
- В. С-пептида
- Г. Проинсулина
- Д. Препроинсулина

530. Основным стимулятором секреции инсулина является

- А. Адреналин
- Б. Норадреналин
- В. Глюкоза
- Г. Пролактин
- Д. Соматостатин

531. Укажите свойства соматостатина:

- А. Секретируется в гипоталамусе
- Б. Секретируется в поджелудочной железе
- В. Оказывает блокирующее влияние на продукцию СТГ
- Г. Все перечисленное верно
- Д. Все перечисленное неверно

532. СТГ не обладает следующим эффектом:

- А. Гипергликемизирующим
- Б. Жиромобилизирующим
- В. Анаболическим
- Г. Катаболическим
- Д. Линейным ускорением роста тела

533. Основным стимулятором секреции пролактина является

- А. Сон
- Б. Вазопрессин
- В. Физические нагрузки
- Г. Тиролиберин
- Д. Соматолиберин

534. Секрецию пролактина стимулирует

- А. Серотонин
- Б. Гонадолиберин
- В. Тиролиберин
- Г. окситоцин
- Д. Все вышеперечисленное

535. Секрецию пролактина подавляет

- А. Дофамин
- Б. Гамма-аминомасляная кислота
- В. Соматостатин
- Г. Гастрин
- Д. Все вышеперечисленное

536. Физиологическая гиперпролактинемия отмечается

- А. В пубертатном периоде
- Б. В период новорожденности
- В. В возрасте 2-3 года
- Г. В старческом возрасте
- Д. В препубертатном периоде

537. Транзиторная гипогликемия новорожденных встречается

- А. У недоношенных
- Б. С задержкой внутриутробного развития
- В. У меньшего из близнецов
- Г. При асфиксии
- Д. Всем вышеперечисленным

538. Плод получает глюкозу от матери со скоростью

- А. 1 мг/кг/мин
- Б. 0,1 мг/кг/мин
- В. 0,01 мг/кг/мин
- Г. 100 мг/кг/мин
- Д. 5 мг/кг/мин

539. При врожденном гиперинсулинизме характерны жалобы:

- А. Мышечная гипотония
- Б. Повышенный аппетит, прогрессирующее увеличение массы тела
- В. Судорожный синдром
- Г. Потеря сознания, летаргия
- Д. Все вышеперечисленное

540. Для дифференциальной диагностики фокальной и диффузной форм врожденного гиперинсулинизма следует применить

- А. Позитронно-эмиссионную томографию с 18-флюорин-л-дигидроксифенилаланином.
- Б. МРТ поджелудочной железы
- В. Ангиографию поджелудочной железы
- Г. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы
- Д. Компьютерную томографию поджелудочной железы

541. Для синдрома Беквита-Видемана наиболее типично все, кроме

- А. Макроглоссии, макросомии с увеличением мышечной и жировой массы
- Б. Грыжи пупочного канатика
- В. Гипогликемии умеренной, самопроизвольно исчезающей после 6 месяцев
- Г. Отеков на кистях, стопах и в области шеи в период новорожденности
- Д. Висцеромегалии, аномалии прикуса

542. Гликогеноз 1 типа (болезнь Гирке) проявляется всем, кроме

- А. Ускорение роста
- Б. Гипогликемии особенно тяжелые у новорожденных
- В. Увеличение печени и почек
- Г. «Кукольное» лицо, большая голова

Д. Гипотрофия мышц

543. При гипофизарном гигантизме типичны изменения со стороны органов и систем:

- А. Утолщение кожи, акне, бородавки, себорея, акантозис нигрика, потливость и сальность; избыточное оволосение по типу гипертрихоза
- Б. Зрительные нарушения полипы и рак толстой кишки
- В. Кардиомегалия, артериальная гипертензия, нарушение бронхиальной проводимости, ночные апное
- Г. Разрастание межхрящевых хрящей, тугоподвижность суставов, осиплость голоса
- Д. Все вышеперечисленное

544. Фруктоземия (непереносимость фруктозы) проявляется после приема фруктозы или сахарозы всем кроме

- А. Рвоты
- Б. Гипогликемических судорог
- В. Диареи, гепатомегалии, спленомегалии
- Г. Плохих прибавок массы тела
- Д. Гиперпигментации

545. При проведении пробы с голоданием для диагностики врожденного гиперинсулинизма детей старше 7 лет рекомендуется использовать временной промежуток:

- А. 3,5-4 часа
- Б. 2,5-3 часа
- В. 15 часов
- Г. 20 часов
- Д. 24 часа

546. Наиболее распространенной аденомой гипофиза является:

- А. Соматотропинома
- Б. Тиреотропинома
- В. Гормонально-неактивная аденома
- Г. Кортикотропинома
- Д. Пролактинома

547. Что из перечисленных ниже факторов приводит к развитию акромегалии:

- А. Увеличение образования и активности ИФР-1
- Б. СТГ-продуцирующие опухоли внегипофизарного происхождения
- В. Опухоли гипофиза, продуцирующие СТГ
- Г. Снижение продукции соматостатина
- Д. Все перечисленное

548. Клиническая картина акромегалии в активной фазе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- А. Поражения суставов
- Б. Развития отеков
- В. Роста мягких тканей (дерма, мышцы и пр.)
- Г. Тяжелыми гипогликемическими состояниями
- Д. Потливостью

549. Макросомия плода отмечается при всех состояниях, кроме

- А. Сахарный диабет у матери
- Б. Церебральный гигантизм (синдром Сотоса)
- В. Синдром Вивера
- Г. Синдром Беквита-Видемана
- Д. Синдроме Шершевского-Тернера

- 550.Повышенный вес и рост при рождении, ускорение роста с 4-5 лет; умственная отсталость, макроцефалия, увеличенные кисти и стопы; гипертелоризм, высокое небо, прогнатизм, макроглоссия типичны для
- А. Синдрома Сотоса
 - Б. Синдрома Мак Кьюна-Олбрайта
 - В. Синдрома Клайнфельтера
 - Г. Синдрома Марфана
 - Д. Синдрома Карни
- 551.Для синдрома Мак Кьюна-Олбрайта характерно
- А. Множественная фиброзная дисплазия
 - Б. Пигментация кожи в виде кофейного цвета пятен
 - В. Изосексуальное преждевременное половое развитие
 - Г. Ускорение роста в детстве
 - Д. Все вышеперечисленное
- 552.При определении «костного» возраста у детей с высокорослостью ускорение будет отмечаться при
- А. Гомоцистинурии
 - Б. Синдроме Марфана
 - В. Синдроме Клайнфельтера
 - Г. Синдроме Сотоса
 - Д. Гипофизарном гигантизме
- 553.Чрезмерный постнатальный рост, обуславливающий высокорослость в зрелом возрасте, может быть вызван
- А. Семейной высокорослостью
 - Б. Гипогонадизмом, синдромом Клайнфельтера
 - В.Тестикулярной феминизацией
 - Г. Гипофизарным гигантизмом
 - Д. Всем вышеперечисленным
- 554.Возможными факторами формирования синдрома «пустого» турецкого седла являются:
- А. Врожденная несостоятельность диафрагмы турецкого седла
 - Б. Повышение внутричерепного давления
 - В. Применение агонистов дофамина
 - Г. Оперативные вмешательства
 - Д. Все вышеперечисленное
- 555.Рентгенологические проявления акромегалии:
- А. Увеличение размеров турецкого седла
 - Б. Увеличение толщины мягких тканей стопы
 - В. Остеопороз
 - Г. Периостальный гиперостоз
 - Д. Все вышеперечисленное
- 556.Причины центрального несахарного диабета:
- А. Опухоли гипоталамо-гипофизарной области
 - Б. Сосудистые повреждения
 - В. Травмы головы
 - Г. Аутоиммунное поражение гипоталамуса
 - Д. Все вышеперечисленное

557. Гиперпролактинемия это повышение урона пролактина вне беременности и лактации более

- А. 500 мМЕ/л
- Б. Более 1000 мМЕ/л
- В. Более 1500 мМЕ/л
- Г. Более 2000 мМЕ/л
- Д. Более референтных значений

558. Симптоматическая гиперпролактинемия может быть вызвана

- А. Раздражением сосков
- Б. Стрессом, эпилептическим припадком
- В. Лекарствами
- Г. Соматическими заболеваниями (цирроз печени, ХПН)
- Д. Всем вышеперечисленным

559. При проведении пробы с голоданием для диагностики врожденного гиперинсулинизма детям в возрасте 2-7 лет рекомендуется использовать временной промежуток:

- А. 3,5-4 часа
- Б. 2,5-3 часа
- В. 15 часов
- Г. 20 часов
- Д. 24 часа

560. Для макропролактиномы типично

- А. Пролактин более 4000 мМЕ/л
- Б. Пролактин более 1000 мМЕ/л
- В. Пролактин более 2000 мМЕ/л
- Г. Пролактин менее 2000 мМЕ/л
- Д. Пролактин менее 4000 мМЕ/л

561. Гиперпролактинемия может быть обусловлена

- А. Синдромом «пустого» турецкого седла
- Б. Гормонально-неактивной аденомой гипофиза
- В. Хронической внутричерепной гипертензией
- Г. Объемным образованием супраселлярной области
- Д. Всем вышеперечисленным

562. Оптимальный метод визуализации микроаденом гипофиза

- А. КТ с контрастированием
- Б. МРТ гипофиза с контрастным усилением
- В. Рентгенография области турецкого седла
- Г. Ультразвуковое исследование
- Д. Тепловидение

563. Возможные симптомы органической гиперпролактинемии у детей

- А. Задержка роста
- Б. Микрогениализм у мальчиков
- В. Гинекомастия
- Г. Ожирение
- Д. Все вышеперечисленное

564. Возраст появления ранней неонатальной (транзиторной) гипогликемии обычно

- А. Первые 1-2 часа
- Б. До 12 часов
- В. До 48 часов
- Г. До 7 суток жизни

Д. До 10 суток жизни

565.Высокорослость при синдроме Марфана сочетается с

- А. Дефицитом массы тела
- Б. Долихоцефалией
- В. Деформацией грудной клетки
- Г. Подвывихом хрусталика и другими пороками глаз
- Д. Всем вышеперечисленным

566. Макроаденомы гипофиза могут вызывать

- А. Скотому
- Б. Битемпоральную гемианопсия
- В. Биназальную гемианопсия
- Г. Тугоухость
- Д. Вялые параличи

567.При врожденном гиперинсулинизме будет отмечаться все кроме:

- А. Мышечной гипотонии
- Б. Повышенный аппетит, прогрессирующее увеличение массы тела
- В. Судорожного синдрома
- Г. Потери сознания
- Д. Гипертермии

568.Гигантизм диагностируют при превышении длины тела по сравнению со средними показателями

- А. Более на 2 КСО
- Б. Более чем на 3 КСО
- В. Более чем на 1 КСО
- Г. Более чем на 10 см
- Д. Более чем на 1,5 КСО

569.Гигантизм типичен для

- А. Детей, не закончивших рост
- Б. Детей занимающихся спортом
- В. Детей часто болеющих
- Г. Детей с умственной отсталостью
- Д. Детей получающих полноценное питание

570.Для несахарного диабета типично все кроме

- А. Полиурии
- Б. Жажды
- В. Низкой относительной плотности мочи
- Г. Отеков
- Д. Низкой осмоляльности мочи

571.Для дифференциальной диагностики несахарного диабета и первичной полидипсии проводят пробу с

- А. Клонидином
- Б. Синактен-депо
- В. Сухоедением
- Г. Хорионическим гонадотропином
- Д. Диферелином

572. Для дифференциальной диагностики несахарного диабета центрального и нефрогенного проводят пробу с
- А. Десмопрессин
 - Б. Определением относительной плотности мочи
 - В. Сухоедением
 - Г. Определением осмоляльности плазмы крови
 - Д. Определением фильтрационной способности почек
573. Причиной центрального несахарного диабета может быть все кроме
- А. Генетической мутации
 - Б. Опухоли ЦНС
 - В. Травмы ЦНС
 - Г. Нейроинфекции
 - Д. Повреждения почек
574. При нефрогенном несахарном диабете в ходе пробы с лишением жидкости
- А. Удельный вес мочи не повышается
 - Б. Удельный вес мочи повышается выше 1010
 - В. Осмоляльность плазмы не повышается
 - Г. Антидиуретический гормон остается сниженным
 - Д. Самочувствие не ухудшается
575. При подтвержденном центральном несахарном диабете необходимо провести
- А. МРТ гипоталамо-гипофизарной области
 - Б. Нисходящую урографию
 - В. УЗИ почек
 - Г. Сцинтиграфию почек
 - Д. Трепанацию черепа
576. Иатрогенный нефрогенный несахарный диабет может быть обусловлен
- А. Приемом препаратов лития
 - Б. Приемом афмотерицина В
 - В. Приемом демеклоциклина
 - Г. Приемом диуретиков
 - Д. Всем вышеперечисленным
577. Процессы поражающие область гипоталамуса, воронки гипофиза и гипоталамуса, и приводящие к развитию центрального несахарного диабета
- А. Саркоидоз
 - Б. Энцефалит
 - В. Аутоиммунное воспаление
 - Г. Кровоизлияние
 - Д. Все вышеперечисленные
578. Центральный несахарный диабет может быть вызван
- А. Краниофарингиомой
 - Б. Опухолью гипофиза
 - В. Метастазами рака легких
 - Г. Герминомой
 - Д. Всем вышеперечисленным
579. Краниофарингиома может проявляться всем кроме
- А. Битемпоральной гемианопсии
 - Б. Несахарного диабета

- В. Преждевременного полового развития
- Г. Сахарного диабета
- Д. Гипопитуитаризма

580. Показанием к скintiграфии в детской практике является все кроме

- А. Определение эктопированной щитовидной железы
- Б. Дифференциальная диагностика узловых образований щитовидной железы (функциональная автономия)
- В. Дифференциальная диагностика гипотиреоза (дитопия, дефект органификации йода)
- Г. Диагностики врожденного гиперинсулинизма
- Д. Дифференцированный рак щитовидной железы (остаточная ткань, рецидив, метастазирование)

581. Увеличенные по данным УЗИ более 20 мм в длину и более 4 мм в ширину надпочечники позволяют предположить

- А. Врожденную гиперплазию коры надпочечников
- Б. Болезнь Кушинга
- В. Феохромоцитому
- Г. Галактоземию
- Д. Фосфат-диабет

582. Что из перечисленного не является причиной первичной недостаточности надпочечников:

- А. Наследственная гипоплазия надпочечников
- Б. Туберкулез
- В. Адреналэктомия
- Г. Опухоль гипофиза
- Д. Кровоизлияние в надпочечники

583. Причиной вторичного гиперальдостеронизма с артериальной гипертензией может быть все перечисленное, кроме

- А. Злокачественной и вазоренальной артериальной гипертензии
- Б. Некротизирующего васкулита
- В. Ренин-продуцирующей опухоли почек
- Г. Обострение хронического пиелонефрита
- Д. Синдрома эктопической продукции ренина

584. Причиной вторичного гиперальдостеронизма без артериальной гипертензией может быть все перечисленное, кроме

- А. Заболеваний желудочно-кишечного тракта с диарейным синдромом
- Б. Сольтеряющих нефропатий
- В. Застойной сердечной недостаточности
- Г. Синдрома Бартер
- Д. Сахарного диабета инсулинзависимого

585. Гипогликемия – снижение уровня глюкозы в плазме крови

- А. Менее 2,6 ммоль/л раннем неонатальном периоде, менее 2,8 ммоль/л у новорожденных и менее 3,3 ммоль/л у детей и взрослых
- Б. Менее 2,2 ммоль/л раннем неонатальном периоде, менее 2,5 ммоль/л у новорожденных и менее 3,3 ммоль/л у детей и взрослых
- В. Менее 2,0 ммоль/л раннем неонатальном периоде, менее 2,2 ммоль/л у новорожденных и менее 2,5 ммоль/л у детей и взрослых
- Г. Менее 1,6 ммоль/л раннем неонатальном периоде, менее 1,8 ммоль/л у новорожденных и менее 2,3 ммоль/л у детей и взрослых

Д. Менее 3,0 ммоль/л раннем неонатальном периоде, менее 3,2 ммоль/л у новорожденных и менее 3,3 ммоль/л у детей и взрослых

586. Гипогликемия легкой степени тяжести проявляется всем, кроме

- А. Чувство голода
- Б. Потливости
- В. Тахикардии
- Г. Потери сознания
- Д. Тремора

587. Гипогликемия средней степени тяжести проявляется всем, кроме

- А. Головной боли
- Б. Нарушения поведения
- В. Сонливости
- Г. Тахикардии
- Д. Дыхания Куссмауля

588. Гипогликемия тяжелой степени тяжести проявляется всем, кроме

- А. Потери сознания
- Б. Нарушения глотания
- В. Полной дезориентации
- Г. Локальных или генерализованных судорог
- Д. Симптома Хвостека

589. Клинические признаки гипогликемии у новорожденных

- А. Глазные симптомы (плавающие круговые движения глазных яблок, нистагм, снижение тонуса глазных мышц и исчезновение окулоцефального рефлекса)
- Б. Слабый высокочастотный неэмоциональный крик
- В. Приступы нерегулярного дыхания и апноэ, тенденция к гипотермии
- Г. Бледность, потливость, вялость, анорексия, судороги
- Д. Все вышеперечисленное

590. Вялость, сонливость, фасцикуляции, небольшое снижение температуры тела, вялое сосание, цианоз, апноэ, судороги могут быть признаком

- А. Сепсиса
- Б. Асфиксии
- В. Врожденных пороков сердца
- Г. Гипогликемии
- Д. Всего вышеперечисленного

591. Диагностические признаки гипогликемии

- А. Низкий уровень глюкозы (менее 2,6 ммоль/л раннем неонатальном периоде, менее 2,8 ммоль/л у новорожденных и менее 3,3 ммоль/л у детей и взрослых)
- Б. Исчезновение симптомов при нормализации уровня глюкозы крови
- В. Возобновление симптомов при снижении глюкозы крови
- Г. Все вышеперечисленное
- Д. Ничего из вышеперечисленного

592. К вторичной (транзиторной) гипогликемии предрасполагает

- А. Сепсис
- Б. Гипо- и гипертермия
- В. Кровоизлияние в надпочечник
- Г. Салицилаты и противодиабетические препараты
- Д. Все вышеперечисленное

593. Гипогликемия в любом возрасте обычно развивается

- А. После еды
- Б. После длительного голодания
- В. После проведения профилактических прививок
- Г. После акта дефекации
- Д. После травмы

594.Какая из ситуаций не может быть причиной гипергликемической комы

- А. Стрессовые ситуации
- Б. Хирургическое вмешательство
- В. Уменьшение дозы вводимого инсулина или прекращение инсулинотерапии
- Г. Присоединение инфекций и других заболеваний
- Д. Передозировка инсулина

595.Неотложная помощь при гиперинсулинемической гипогликемии если ребенок в сознании и может есть и пить

- А. Очистительная клизма
- Б. Промывание желудка
- В. Дать 20% раствор глюкозы или таблетку глюкозы внутрь, затем накормить
- Г. Закрытый массаж сердца
- Д. Обильное щелочное питье

596.Неотложная помощь при гиперинсулинемической гипогликемии если ребенок без сознания

- А. 20% раствор глюкозы внутривенно болюсно 1 мл/кг, затем 10% раствор глюкозы из расчета 3 мл/кг/час
- Б. 40% раствор глюкозы внутривенно болюсно 1 мл/кг, затем 20% раствор глюкозы из расчета 3 мл/кг/час
- В. Внутривенно 10% раствор глюкозы из расчета 3 мл/кг/час
- Г. 20% раствор глюкозы внутрь 1 мл/кг
- Д. Физиологический раствор 100 мл/кг

597. Каков механизм развития нейрогенной полидипсии

- А. Мутации гена вазопрессина
- Б. Мутации гена аквапорина 2
- В. Мутации гена рецептора вазопрессина
- Г. Гиперосмоляльность
- Д. Снижение порога возбудимости центра жажды

598. При каком синдроме возможно развитие надпочечниковой недостаточности

- А. Синдром Видемана-Беквита
- Б. Синдром Сильвера-Рассела
- В. Синдром Шерешевского
- Г. Синдром Кернса-Сейра
- Д. Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта

599. Мутации какого гена являются причиной аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа

- А. AIRE
- Б. MCR2
- В. ALD

Г. GNAS1
Д. TBX19

600. Для какой из форм адреногенитального синдрома проводится неонатальный скрининг в России

- А. Дефицит 21-гидроксилазы
- Б. Дефицит 11-гидроксилазы
- В. Липоидная гиперплазия коры надпочечников
- Г. Дефицит 3β -гидроксистероиддегидрогеназы
- Д. Дефицит 17-гидроксилазы

601. Как наследуется адренолейкодистрофия

- А. Аутосомно-доминантно
- Б. Аутосомно-рецессивно
- В. Сцеплено с X-хромосомой доминантно
- Г. Сцеплено с X-Хромосомой рецессивно
- Д. Сцеплено с Y-хромосомой

602. Какая самая частая форма адреногенитального синдрома:

- А. Дефицит 21-гидроксилазы
- Б. Дефицит 11-гидроксилазы
- В. Дефицит 3β -гидроксистероиддегидрогеназы
- Г. Дефицит 17-гидроксилазы
- Д. Дефицит оксидоредуктазы

603. Мутации какого гена вызывают адреногенитальный синдром вследствие недостаточности 21-гидроксилазы:

- А. HSD3D2
- Б. CYP21A2
- В. CYP17
- Г. AIRE
- Д. ALD

604. Какое из перечисленных заболеваний необходимо исключить всем мальчикам с дебютом надпочечниковой недостаточности после 3 лет

- А. Опухоль надпочечника
- Б. Адренолейкодистрофию
- В. Липоидную гиперплазию коры надпочечников
- Г. Врожденную гипоплазию коры надпочечников, обусловленную мутациями гена SF1
- Д. Кровоизлияние в надпочечники

605. Что является показанием для исключения синдрома Иценко-Кушинга у детей:

- А. Ожирение с розовыми стриями
- Б. Пароксизмальная артериальная гипертензия
- В. Сочетание задержки роста и быстрой прибавки массы тела
- Г. Преждевременное появление вторичных половых признаков
- Д. Выявление аденомы гипофиза на МРТ

606. Какова самая частая причина гипопаратиреоза
- А. Послеоперационный
 - Б. Аутоиммунный
 - В. Мутации гена паратгормона
 - Г. Активирующие мутации гена кальциевого рецептора
 - Д. Синдром Ди Джорджи
607. Какое из высказываний о псевдогипопаратиреозе Ib типа соответствует истине
- А. Наследуется аутосомно-рецессивно
 - Б. Причиной его являются мутации гена GNAS1
 - В. Болеют преимущественно мальчики
 - Г. Резистентность к паратгормону может быть ограничена почками
 - Д. Не требует терапии
608. При каком синдроме развивается истинное преждевременное половое созревание А.
- А. Синдром Сильвера-Рассела
 - Б. Синдром Видемана-Беквита
 - В. Синдром Корнелии де Ланге
 - Г. Синдром Смита-Лемли-Опица
 - Д. Синдром Кирнса-Сейра
609. При каком синдроме может наблюдаться феохромоцитома
- А. Синдром множественной эндокринной неоплазии 1 типа
 - Б. Синдром множественной эндокринной неоплазии 2а типа
 - В. Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта
 - Г. Синдром Карни
 - Д. Синдром Сотоса
610. При каком синдроме развивается ложное преждевременное половое созревание у девочек
- А. Синдром Сильвера-Рассела
 - Б. Нейрофиброматоз 1 типа
 - В. Туберозный склероз
 - Г. Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта
 - Д. Аденогенитальный синдром вследствие дефицита 17-гидроксилазы
611. Что представляет собой гипоталамическая гамартома
- А. Доброкачественная опухоль гипоталамуса
 - Б. Злокачественная опухоль гипоталамуса
 - В. Нарушение процесса внутриутробной миграции гонадолиберинсекретирующих нейронов
 - Г. Исход кровоизлияния в ткань гипоталамуса
 - Д. Гранулема гипоталамуса
612. Что является причиной тестотоксикоза у мальчиков
- А. Активирующая мутация гена рецептора ЛГ
 - Б. Андрогенпродуцирующая опухоль яичка
 - В. Гонадотропинпродуцирующая опухоль гипофиза

- Г. Повышенная чувствительность тканей к андрогенам
- Д. Нарушение метаболизма андрогенов в печени

613. Феохромоцитома – опухоль, продуцирующая следующие гормоны

- А. Глюкокортикоиды
- Б. Минералокортикоиды
- В. Андрогены
- Г. Катехоламины
- Д. Гормонально-неактивная

614. Какой тип наследования изолированной аутоиммунной надпочечниковой недостаточности

- А. Аутосомно-доминантный
- Б. Аутосомно-рецессивный
- В. Сцепленный с X-хромосомой доминантный
- Г. Сцепленный с X-хромосомой рецессивный
- Д. Полигенный

615. Какое из утверждений о гипофизарном гигантизме соответствует истине

- А. Он обусловлен гиперпродукцией гормона роста до закрытия зон роста
- Б. Он обусловлен гиперпродукцией гормона роста в возрасте 18-20 лет
- В. Он не связан с гиперпродукцией гормона роста
- Г. Он обусловлен гиперпродукцией пролактина
- Д. Он имеет семейный характер

616. Неонатальный скрининг на адреногенитальный синдром основан на определении :

- А. Кортизола
- Б. АКТГ
- В. 17-гидроксипрогестерона
- Г. Альдостерона
- Д. Дегидроэпиандростерона

617. Какое из утверждений об истинном преждевременном половом развитии соответствует истине:

- А. Обусловлено автономной активацией гонад
- Б. Обусловлено активацией сетчатой зоны коры надпочечников
- В. Требуется назначения постоянной заместительной терапии глюкокортикоидами
- Г. Всегда протекает по изосексуальному типу
- Д. Может протекать по гетеросексуальному типу

618. Чем обусловлено развитие гипогонадизма при гиперпролактинемии :

- А. Подавлением секреции гонадолиберина
- Б. Повышением секреции надпочечниковых андрогенов
- В. Повышением секреции гормона роста
- Г. Подавлением синтеза половых гормонов в гонадах
- Д. Непрерывным поступлением гонадолиберина в гипофиз

619. Что такое кортикоэстрома:

- А. Опухоль передней доли гипофиза
- Б. Опухоль яичника
- В. Опухоль яичка

- Г. Андрогенпродуцирующая опухоль надпочечника
- Д. Феминизирующая опухоль надпочечника

620. В каком случае нет необходимости проводить концентрационный тест для диагностики несахарного диабета :

- А. Наличие опухоли хиазмально-селлярной области
- Б. При отношении осмоляльности мочи к осмоляльности плазмы ниже 1
- В. При полиурии выше 3 л/м²
- Г. При осмоляльности мочи ниже 300 мосм/кг
- Д. При снижении осмоляльности плазмы

621. Какой базальный уровень кортизола исключает дефицит глюкокортикоидов:

- А. выше 200 нмоль/л
- Б. выше 350 нмоль/л
- В. выше 500 нмоль/л
- Г. выше 750 нмоль/л
- Д. выше 1000 нмоль/л

622. Какой стимулированный в ходе АКТГ-теста уровень кортизола исключает дефицит глюкокортикоидов

- А. выше 200 нмоль/л
- Б. выше 350 нмоль/л
- В. выше 500 нмоль/л
- Г. выше 750 нмоль/л
- Д. выше 1000 нмоль/л

623. Какие исследования применяются для доказательства дефицита минералокортикоидов при надпочечниковой недостаточности

- А. Уровень кортизола и АКТГ
- Б. АКТГ-тест
- В. Уровень альдостерона и активность ренина плазмы
- Г. Дексаметазоновый тест
- Д. Супрессивный тест с флудрокортизоном

624. Какое из лабораторных изменений патогномично для адреногенитального синдрома вследствие дефицита 11-гидроксилазы

- А. Повышение уровня 17-гидроксипрогестерона
- Б. Повышение уровня 11-дезоксикортизола
- В. Повышение уровня АКТГ
- Г. Снижение уровня кортизола
- Д. Снижение уровня альдостерона

625. Какой из тестов можно применить для подтверждения диагноза первичного гиперальдостеронизма

- А. АКТГ-тест
- Б. Дексаметазоновый тест
- В. Инсулиновый тест

- Г. Супрессивный тест с флудрокортизоном
- Д. Клонидиновый тест

626. Какое из перечисленных лабораторных изменений характерно для гипопаратиреоза

- А. Гипокальциемия и гиперфосфатемия
- Б. Гиперкальциемия и гиперкальциурия
- В. Гипофосфатемия
- Г. Высокий уровень паратгормона
- Д. Сниженная канальцевая реабсорбция фосфатов

627. Какое из перечисленных лабораторных изменений характерно для псевдогипопаратиреоза

- А. Гипокальциемия и гиперфосфатемия
- Б. Гиперкальциемия и гиперкальциурия
- В. Гипофосфатемия
- Г. Низкий уровень паратгормона
- Д. Сниженная канальцевая реабсорбция фосфатов

628. У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятный диагноз

- А. Психогенная полидипсия
- Б. Несахарный диабет
- В. Сахарный диабет
- Г. Хронический пиелонефрит
- Д. Надпочечниковая недостаточность

629. Какой из перечисленных методов используется для топической диагностики первичного гиперпаратиреоза

- А. Сцинтиграфия с ^{131}I
- Б. Сцинтиграфия с метайодбензилгуанедином
- В. Субтракционная сцинтиграфия с Тl и Tc
- Г. Термография
- Д. Флебография

630. Какое из перечисленных электролитных нарушений характерно для синдрома Иценко-Кушинга

- А. Гиперкалиемия
- Б. Гипонатриемия
- В. Гиперкальциемия
- Г. Гипокалиемия
- Д. Увеличение активности щелочной фосфатазы

631. При каком заболевании показано проведение малого дексаметазонового теста А.

- А. Аденогитальный синдром
- Б. Синдром Иценко-Кушинга
- В. Несахарный диабет
- Г. Дефицит гормона роста
- Д. Кортикоэстрома

632. У мальчика 12 лет лунообразное лицо, отложение жира в области груди, живота, 7 шейного позвонка, отставание в росте, широкие стрии на коже живота, бедер, ягодиц, артериальная гипертензия. Наиболее вероятный диагноз
- А. Гипоталамический синдром пубертатного периода
 - Б. Простое ожирение
 - В. Синдром Иценко-Кушинга
 - Г. Феохромоцитома
 - Д. Первичный гиперальдостеронизм
633. Мальчик 3 лет. В течение трех месяцев начался рост волос на лобке и в аксиллярных областях, за полгода вырос на 8 см. Рост, вес соответствуют 4 годам, юношеские угри на лице. Телосложение маскулинное, голос низкий. Оволосение в подмышечных впадинах, на лобке. Правое яичко резко увеличено, плотное, бугристое. Костный возраст соответствует 13 годам. Наиболее вероятный диагноз
- А. Истинное преждевременное половое развитие
 - Б. Аденогенитальный синдром, простая форма
 - В. Неполная форма преждевременного полового развития – изолированное аденоархе
 - Г. Ложное преждевременное половое развитие – андростерома
 - Д. Ложное преждевременное половое развитие – лейдигома
634. Какие препараты применяются для медикаментозной терапии гипоталамического гигантизма
- А. Блокаторы дофаминовых рецепторов
 - Б. Аналоги соматостатина
 - В. Агонисты гонадолиберина
 - Г. Глюкокортикоиды
 - Д. Половые гормоны
635. Какой из перечисленных препаратов можно применить при лечении врожденного нефрогенного несахарного диабета
- А. Минирин
 - Б. Клофибрат
 - В. Индометацин
 - Г. Фуросемид
 - Д. Карбамазепин
636. Какая схема терапии предпочтительна при лечении надпочечниковой недостаточности аутоиммунного генеза у детей
- А. Кортисон
 - Б. Кортинефф
 - В. Кортисон+кортинефф
 - Г. Преднизолон+кортинефф
 - Д. Синактен
637. Какая из схем терапии предпочтительна при лечении аденогенитального синдрома вследствие недостаточности 11-гидроксилазы у детей
- А. Кортисон
 - Б. Кортинефф

- В. Кортэф+кортинефф
- Г. Преднизолон+кортинефф
- Д. Дексаметазон

638. Каким действием обладает препарат кортеф

- А. Чистым глюкокортикоидным
- Б. Чистым минералокортикоидным
- В. Глюкокортикоидным и слабым минералокортикоидным
- Г. АКТГ-подобным
- Д. Антиандрогенным

639. Какой из перечисленных препаратов наиболее сильно подавляет продукцию АКТГ

- А. Кортэф
- Б. Преднизолон
- В. Флудрокортизон
- Г. Дексаметазон
- Д. Синактен

640. Какой из перечисленных препаратов глюкокортикоидов в меньшей степени тормозит процессы роста

- А. Кортэф
- Б. Преднизолон
- В. Дексаметазон
- Г. Метилпреднизолон
- Д. Триамсинолон

641. Какова кратность приема кортефа для детей старше года

- А. 1 раз в день
- Б. 2 раза в день
- В. 3 раза в день
- Г. 6 раз в день
- Д. 1 раз в неделю

642. Каков механизм действия препарата кортинефф

- А. Антиандрогенный
- Б. Минералокортикоидный
- В. Антиальдостероновый
- Г. Антиэстрогеновый
- Д. Гестагенный

643. Какая из схем терапии применяется при лечении вторичной надпочечниковой недостаточности

- А. Кортэф
- Б. Кортинефф
- В. Кортэф+кортинефф
- Г. Преднизолон+кортинефф
- Д. Дексаметазон

644. Какой объем операции предпочтителен при феохромоцитоме левого надпочечника размером 3 см
- А. Эндоскопическая аденэктомия
 - Б. Эндоскопическая односторонняя адреналэктомия
 - В. Односторонняя адреналэктомия открытым доступом
 - Г. Двусторонняя адреналэктомия
 - Д. Двусторонняя адреналэктомия с аутотрансплантацией части надпочечника
645. Какой из препаратов является селективным блокатором минералокортикоидных рецепторов
- А. Спиринолактон
 - Б. Эплеренон
 - В. Ципротерона ацетат
 - Г. Кломифен
 - Д. Мифепристон
646. Какой метод лечения первичного гиперпаратиреоза у детей
- А. Медикаментозный
 - Б. Хирургический
 - В. Лучевой
 - Г. Комбинированный
 - Д. Выжидательная тактика и наблюдение
647. Каким действием обладает препарат диферелин
- А. Агонист гонадолиберина
 - Б. Антиандрогенное
 - В. Антиэстрогенное
 - Г. Гестагенное
 - Д. Аналог соматостатина
648. Какой метод лечения предпочтителен при идиопатическом истинном преждевременном половом созревании у девочек
- А. Ципротерона ацетат
 - Б. Диферелин
 - В. Бромкриптин
 - Г. Тамоксифен
 - Д. Лучевая терапия
649. Какой механизм действия препарата каберголин А. Селективный агонист D₂-рецепторов
- Б. Антагонист D₂-рецепторов
 - В. Серотонинергический
 - Г. Антисеротониновый
 - Д. Агонист гонадолиберина
650. По каким критериям оценивают адекватность дозы минералокортикоидов при надпочечниковой недостаточности
- А. Исследование уровня кортизола в крови
 - Б. Исследование уровня АКТГ в крови
 - В. Определение активности ренина плазмы или уровня ренина

Г. Исследование уровня альдостерона в крови
Д. УЗИ надпочечников

651. Какой из перечисленных препаратов является препаратом выбора при лечении псевдогипопаратиреоза

- А. Миакальцик
- Б. Эргокальциферол
- В. АТ-10
- Г. Оксидевит
- Д. Фосамакс

652. Пациент в течение 6 месяцев получал дексаметазон по терапевтическим показаниям. Какова продукция кортизола

- А. Повышена
- Б. Не изменена
- В. Снижена
- Г. Нарушения можно обнаружить только при проведении АКТГ-теста
- Д. Снижен период полураспада

653. У 15-летней девочки после тотальной тиреоидэктомии по поводу медуллярного рака щитовидной железы развились судороги, общий кальций в крови 1,6 ммоль/л. Какова причина этого состояния

- А. Дефицит витамина Д
- Б. Послеоперационный гипопаратиреоз
- В. Нарушение всасывания кальция в кишечнике
- Г. Избыток кальцитонина
- Д. Снижение процессов костной резорбции вследствие гипотиреоза

654. Какое изменение со стороны яичек может развиваться у больных с адреногенитальным синдромом вследствие дефицита 21-гидроксилазы и 11-гидроксилазы при длительной декомпенсации

- А. Злокачественные опухоли
- Б. Гиперплазия клеток Лейдига
- В. Гипоплазия клеток Лейдига
- Г. Эктопия клеток коры надпочечников в яички
- Д. Атрофия яичек

655. Какой из эффектов вазопрессина является наиболее значимым в физиологических условиях

- А. Вазопрессорный
- Б. Гидроосмотический
- В. Влияние на углеводный обмен
- Г. Влияние на систему гемостаза
- Д. Регуляция секреции альдостерона

656. Какой из факторов регулирует секрецию вазопрессина

- А. Гиперосмоляльность
- Б. Гипокалиемия

- В. Гиперкальциемия
- Г. Гипергликемия
- Д. Внутричерепная гипертензия

657. Какой из препаратов стимулирует секрецию вазопрессина

- А. Клофелин
- Б. Фенобарбитал
- В. Галоперидол
- Г. Бромкриптин
- Д. Дифенин

658. Какие гормоны синтезируются в клубочковой зоне коры надпочечников

- А. Минералокортикоиды
- Б. Глюкокортикоиды
- В. Андрогены
- Г. Эстрогены
- Д. Катехоламины

659. Какие гормоны синтезируются в пучковой зоне коры надпочечников

- А. Минералокортикоиды
- Б. Глюкокортикоиды
- В. Андрогены
- Г. Эстрогены
- Д. Катехоламины

660. Какие гормоны синтезируются в сетчатой зоне коры надпочечников

- А. Минералокортикоиды
- Б. Глюкокортикоиды
- В. Андрогены
- Г. Эстрогены
- Д. Катехоламины

661. Какие гормоны синтезируются в мозговом веществе надпочечников

- А. Минералокортикоиды
- Б. Глюкокортикоиды
- В. Андрогены
- Г. Эстрогены
- Д. Катехоламины

662. Назовите регуляторы секреции кортизола

- А. АКТГ
- Б. Катехоламины
- В. Симпатическая нервная система
- Г. Уровень калия в крови
- Д. Ренин-ангиотензиновая система

663. Назовите регуляторы функции мозгового вещества надпочечников

- А. АКТГ
- Б. Вазопрессин
- В. Симпатическая нервная система
- Г. Уровень калия в крови
- Д. Ренин-ангиотензиновая система

664. Какой биологический эффект характерен для минералокортикоидов

- А. Регуляция обмена натрия и калия
- Б. Регуляция обмена кальция
- В. Регуляция углеводного обмена
- Г. Регуляция белкового обмена
- Д. Регуляция липидного обмена

665. Что является предшественником гормонов коры надпочечников

- А. Тирозин
- Б. Серотонин
- В. Холестерин
- Г. Жирные кислоты
- Д. Глюкоза

666. Где синтезируется паратгормон

- А. В парафолликулярных клетках щитовидной железы
- Б. В аденогипофизе
- В. В главных клетках околощитовидных желез
- Г. В Δ-клетках островкового аппарата поджелудочной железы
- Д. В коре надпочечников

667. Где синтезируется кальцитонин

- А. В парафолликулярных клетках щитовидной железы
- Б. В аденогипофизе
- В. В главных клетках околощитовидных желез
- Г. В Δ-клетках островкового аппарата поджелудочной железы
- Д. В коре надпочечников

668. Какой основной биологический эффект паратгормона

- А. Гипергликемический
- Б. Гиперкальциемический
- В. Гипокальциемический
- Г. Гиперфосфатемический
- Д. Липолитический

669. Какой основной биологический эффект кальцитонина

- А. Гипергликемический
- Б. Гиперкальциемический
- В. Гипокальциемический
- Г. Гиперфосфатемический

Д. Липолитический

670. Как влияет паратгормон на почки

- А. Повышает реабсорбцию кальция
- Б. Снижает реабсорбцию кальция
- В. Повышает реабсорбцию фосфата
- Г. Снижает реабсорбцию калия
- Д. Повышает почечный кровоток

671. Какой основной физиологический стимулятор секреции паратгормона

- А. Гипофосфатемия
- Б. Гиперфосфатемия
- В. Гиперкальциемия
- Г. Гипокальциемия
- Д. Гипергликемия

672. Какой основной физиологический стимулятор секреции кальцитонина

- А. Гипофосфатемия
- Б. Гиперфосфатемия
- В. Гиперкальциемия
- Г. Гипокальциемия
- Д. Гипергликемия

673. Какой основной биологический эффект кальцитриола

- А. Гипергликемический
- Б. Гиперкальциемический
- В. Гипокальциемический
- Г. Гипофосфатемический
- Д. Липолитический

674. Где синтезируется пролактин

- А. В нейрогипофизе
- Б. В аденогипофизе
- В. В гипоталамусе
- Г. В надпочечниках
- Д. В печени

675. Какой из перечисленных гормонов является основным физиологическим регулятором секреции пролактина

- А. Норадреналин
- Б. Ацетилхолин
- В. Дофамин
- Г. Серотонин
- Д. Кортиколиберин

676. Какой из гормонов является глюкокортикоидом

- А. Альдостерон

- Б. Кортизол
- В. Дегидроэпиандростерон
- Г. Андростендион
- Д. Прогестерон

677. Какой из гормонов является минералокортикоидом

- А. Альдостерон
- Б. Кортизол
- В. Дегидроэпиандростерон
- Г. Андростендион
- Д. Прогестерон

678. Какой из перечисленных эффектов оказывает пролактин

- А. Стимулирует развитие грудных желез и лактацию
- Б. Стимулирует синтез ТТГ
- В. Подавляет секрецию инсулина
- Г. Подавляет секрецию вазопрессина
- Д. Стимулирует синтез альдостерона

679. Какое из утверждений о секреции кортизола соответствует истине

- А. Подчиняется циркадианному ритму
- Б. Скорость секреции постоянна в течение суток
- В. Максимальная скорость секреции в фазу медленного сна
- Г. Подчиняется нервной регуляции
- Д. Скорость секреции зависит от положения тела в пространстве

680. Какой из перечисленных симптомов характерен для синдрома Сотоса

- А. Ускорение роста с антенатального периода и в течение детства с увеличением кистей и стоп
- Б. Гипогонадизм
- В. Сахарный диабет
- Г. Неонатальные гипогликемии
- Д. Мышечная гипотония на первом году жизни

681. Для какого эндокринного заболевания характерно развитие высокорослости в пубертатном возрасте

- А. Гипофизарный гигантизм
- Б. Преждевременное половое развития
- В. Тиреотоксикоз
- Г. Синдром Иценко-Кушинга
- Д. Гипогонадизм

682. При каком наследственном синдроме встречается гипофизарный гигантизм

- А. Синдром Сотоса
- Б. Синдром Видемана-Беквита
- В. Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта
- Г. Синдром Марфана
- Д. Синдром Клайнфельтера

683. Какое изменение артериального давления характерно для надпочечниковой недостаточности

- А. Стойкая артериальная гипертензия
- Б. Стойкая артериальная гипотония
- В. Пароксизмальная гипертензия
- Г. Эпизоды гипотонии на фоне гипертензии
- Д. Нормальное артериальное давление

684. Какой симптом является наиболее ранним при изолированном дефиците глюкокортикоидов

- А. Артериальная гипотония
- Б. Анорексия
- В. Высокослосость
- Г. Гипогликемии
- Д. Тяга к соленой пище

685. С каким гормональным нарушением ассоциирована X-сцепленная гипоплазия коры надпочечников

- А. Гипотиреоз
- Б. Гипогонадотропный гипогонадизм
- В. Дефицит гормона роста
- Г. Гипопаратиреоз
- Д. Нарушения формирования пола

686. Какой эндокринный орган кроме надпочечников может поражаться при аденолейкодистрофии

- А. Гипофиз
- Б. Щитовидная железа
- В. Околощитовидные железы
- Г. Поджелудочная железа
- Д. Яички

687. Какой из признаков характерен для адреногенитального синдрома вследствие дефицита оксидоредуктазы

- А. Интерсексуальное строение наружных гениталий у больных обоего пола
- Б. Макрогенитосомия у мальчиков
- В. Ложное преждевременное половое развитие
- Г. Крупные рост и вес при рождении
- Д. Раннее развитие симптомов острой надпочечниковой недостаточности

688. Какое из утверждений об аутоиммунном полигландулярном синдроме 2 типа соответствует истине

- А. Обусловлен мутациями гена AIRE
- Б. Мальчики поражаются чаще девочек
- В. Основными его компонентами являются надпочечниковая недостаточность, аутоиммунные поражения щитовидной железы и сахарный диабет

- Г. При нем никогда не развивается миастения
- Д. Манифестирует в раннем возрасте

689. Какое из утверждений о надпочечниковой недостаточности у подростков соответствует истине

- А. Самой частой ее причиной является аутоиммунное поражение надпочечников
- Б. Она может развиваться при одностороннем поражении надпочечников
- В. Она всегда манифестирует остро
- Г. Девочки и мальчики поражаются с одинаковой частотой
- Д. При ней возможно спонтанное излечение

690. О преждевременном половом развитии свидетельствует появление вторичных половых признаков у мальчиков

- А. До 5 лет
- Б. До 7 лет
- В. До 9 лет
- Г. До 11 лет
- Д. После 8 лет

691. Какое из утверждений о глюкокортикостероме соответствует истине

- А. Не встречается у детей
- Б. Происходит из клубочковой зоны коры надпочечников
- В. Происходит из пучковой зоны коры надпочечников
- Г. Обусловлена дефицитом АКТГ
- Д. У девочек встречается в 5 раз чаще

692. Какое из утверждений о ложном преждевременном половом развитии соответствует истине

- А. Является гонадотропиннезависимым
- Б. Обусловлено активацией секреции гонадотропинов
- В. Требуется назначения дифферелина
- Г. Всегда протекает по изосексуальному типу
- Д. Без лечения окончательный рост больных высокий

693. У девочки 14 лет в течение полугода исчезли месячные, начался рост волос по мужскому типу, прекратился рост. По данным рентгенографии кисти зоны роста закрыты. Избыток каких гормонов может привести к такой симптоматике

- А. Глюкокортикоидов
- Б. Минералокортикоидов
- В. Эстрогенов
- Г. Андрогенов
- Д. Гестагенов

694. Какое из утверждений о болезни Иценко-Кушинга соответствует истине

- А. Она обусловлена первичным поражением коры надпочечников
- Б. Поражение надпочечников может носить односторонний характер
- В. Она обусловлена поражением мозгового слоя надпочечников
- Г. Ее причиной является первичное поражение гипоталамо-гипофизарной области

Д. Она сопровождается снижением уровня АКТГ в крови

695. При простой форме аденогенитального синдрома костный возраст

- А. Соответствует паспортному
- Б. Опережает паспортный
- В. Отстает от паспортного
- Г. Может быть любым
- Д. Быстро нарастает на фоне лечения

696. Ребенок 2 месяцев с неправильным строением наружных гениталий. С первых недель частые срыгивания, потеря массы тела, признаки обезвоживания. Кариотип 46,XX. Наиболее вероятный диагноз

- А. Аденогенитальный синдром вследствие дефицита 21-гидроксилазы, простая форма
- Б. Аденогенитальный синдром вследствие дефицита 21-гидроксилазы, сольтеряющая форма
- В. Аденогенитальный синдром вследствие дефицита 11-гидроксилазы
- Г. Синдром тестикулярной феминизации
- Д. Синдром Шерешевского-Тернера

697. К осложнениям сахарного диабета относятся все перечисленные, за исключением:

- А. Липоидного некробиоза;
- Б. Синдрома Мориака;
- В. Синдром Уотерхауза-Фридериксена;
- Г. Полинейропатии
- Д. Пролиферативной ретинопатии

698. Феномен Сомоджи - это:

- А. Головные боли с рвотами по утрам
- Б. Утренняя гипергликемия, связанная с выбросом контринсулярных гормонов и глюконеогенезом в печени в ранние утренние часы.
- В. Местная гиперергическая реакция на инсулин в виде отека, уплотнения, резкой гиперемии кожи в месте введения инсулина вплоть до некроза и последующего рубцевания.
- Г. Гипогликемические состояния по утрам
- Д. Хроническая передозировка инсулина, сопровождающаяся гипергликемией вследствие гипогликемических реакций.

699. При первичном гипотиреозе для оценки адекватности проводимой терапии проводят исследование в крови:

- А. Свободного трийодтиронина
- Б. ТТГ и свободного тироксина
- В. Свободного тироксина
- Г. Свободного тироксина и антител к тиреопероксидазе
- Д. Свободного трийодтиронина и антител к тиреоглобулину

700. Какой метод используется для скрининга осложнений ожирения

- А. УЗИ брюшной полости, АЛТ
- Б. Полисомнография

В. Оральный глюкозо-толерантный тест

Г. Липидный профиль

Д. Всё перечисленное

701. Из всех перечисленных видов физических нагрузок при сахарном диабете типа 1 наиболее благоприятны

А. Ходьба

Б. Интенсивная физическая нагрузка

В. Плавание и дайвинг

Г. Альпинизм

Д. Физические нагрузки противопоказаны

702. Среднесуточная потребность в инсулине у детей с сахарным диабетом 1 типа в пубертатном возрасте обычно составляет

А. 0,1 ЕД на килограмм фактического веса

Б. 0,1–0,2 ЕД на килограмм веса

В. 0,3–0,5 ЕД на килограмм фактического веса

Г. 0,7–0,9 ЕД на килограмм фактического веса

Д. 1–1,5 ЕД на килограмм веса

703. Среднесуточная доза инсулина при сахарном диабете типа 1 зависит от:

А. Наличия поражения почек (почечной недостаточности)

Б. Росто-весовых показателей больного

В. Фазы менструального цикла

Г. Наличия стрессорной ситуации

Д. Всего перечисленного

704. Какой из симптомов не характерен для врожденного гипотиреоза у новорожденного

А. Внутриутробная гипотрофия

Б. Вялость, сонливость

В. Плохое удержание тепла, быстрая охлаждаемость

Г. Пупочная грыжа, расхождение мышц передней брюшной стенки

Д. Сопящее или стридорозное дыхание

705. Укажите минимальное значение уровня глюкозы венозной крови, взятой в любое время дня, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений

А. Менее 5,6 ммоль/л

Б. 6,7 ммоль/л

В. 9,7 ммоль/л

Г. 11,1 ммоль/л

Д. 15 ммоль/л

706. При введении больших доз инсулина при кетоацидозе может возникнуть все перечисленное, кроме:

- А. Гиперкалиемия
- Б. Отек мозга
- В. Гипокалиемия
- Г. Гипогликемическое состояние
- Д. Улучшение состояния больного

707. Среди причины первичной хронической надпочечниковой недостаточности могут быть все, кроме:

- А. Туберкулез**
- Б. Аутоиммунного адреналита**
- В. Опухоли надпочечников**
- Г. Амилоидоза
- Д. Гемохроматоза

708. Выберите количество углеводов, соответствующее 1 хлебной единице (ХЕ):

- А 1-2 г
- Б 5-7 г
- В 10-12 г
- Г 15-20 г
- Д 20-25 г

709. Одной хлебной единице (ХЕ) соответствует:

- А 50 г ржаного хлеба
- Б один целый банан
- В 1 стакан (200 мл) сока
- Г 50 г вареной каши
- Д 1 долька мандарина

710. Какой продукт быстрее всего повысит уровень сахара крови при гипогликемии?

- А. Шоколад
- Б. Гречневая каша
- В. Мясо
- Г. Огурец
- Д. Яблоко

711. Гипогликемию можно купировать всем из нижеперечисленного, кроме:

- А. Таблетки декстрозы
- Б. Фруктовый сок
- В. Кефир
- Г. Белая булка
- Д. Чай с сахаром

712. Одной хлебной единице (ХЕ) соответствуют все, кроме:

- А. 200 г макарон
- Б. 15 г крупы
- В. 1 мандарин
- Г. ½ апельсина

Д. 100 г творога

713. Суточная потребность в углеводах (ХЕ) у детей 1-3 лет составляет

- А. 10-11 ХЕ в сутки
- Б. 12-13 ХЕ в сутки
- В. 15-16 ХЕ в сутки
- Г. 18-20 ХЕ в сутки
- Д. 20-25 ХЕ в сутки

714. Суточная потребность в углеводах (ХЕ) у детей 4-6 лет составляет

- А. 10-11 ХЕ в сутки
- Б. 12-13 ХЕ в сутки
- В. 15-16 ХЕ в сутки
- Г. 18-20 ХЕ в сутки
- Д. 20-25 ХЕ в сутки

715. Суточная потребность в углеводах (ХЕ) у детей 7-10 лет составляет

- А. 10-11 ХЕ в сутки
- Б. 12-13 ХЕ в сутки
- В. 15-16 ХЕ в сутки
- Г. 18-20 ХЕ в сутки
- Д. 20-25 ХЕ в сутки

716. Суточная потребность в углеводах (ХЕ) у юношей пубертатного возраста соответствует:

- А. 10-11 ХЕ в сутки
- Б. 12-13 ХЕ в сутки
- В. 15-16 ХЕ в сутки
- Г. 18-20 ХЕ в сутки
- Д. 20-25 ХЕ в сутки

717. Питание ребенка с сахарным диабетом должно быть:

- А. Безуглеводным
- Б. Низкоуглеводным
- В. Высокобелковым
- Г. С высоким содержанием жиров
- Д. Физиологичным, сбалансированным по содержанию питательных веществ и микроэлементов.

718. Цели диеты терапии при сахарном диабете

- А. Привить привычку здорового питания
- Б. Достичь и поддерживать нормальный уровень глюкозы крови
- В. Снизить риск макро- и микрососудистых осложнений
- Г. Поддерживать нормальное качество жизни пациентов с сахарным диабетом
- Д. Все вышеперечисленное

719. Потребность в витаминах и минералах у детей с сахарным диабетом по сравнению с их здоровыми сверстниками:

- А. Значительно меньше
- Б. Немного меньше
- В. Такая же
- Г. Немного больше
- Д. Значительно больше

720. Какие заменители сахара/подсластители разрешены в детском возрасте до 12 лет.

- А. Аспартам
- Б. Ксилит
- В. Сорбит
- Г. Стевия
- Д. Никакие

721. В питании ребенка с сахарным диабетом в первую очередь следует подсчитывать:

- А. Количество белков
- Б. Количество жиров
- В. Количество углеводов
- Г. Количество калорий
- Д. Количество соли

722. Наиболее высоким гликемическим индексом обладает:

- А. Финик
- Б. Греча
- В. Абрикос
- Г. Креветка
- Д. Ржаной хлеб

723. Физическая нагрузка при сахарном диабете

- А. Противопоказана
- Б. Приводит к повышению уровня сахара крови
- В. Приводит к прогрессированию осложнений сахарного диабета
- Г. Все из вышеперечисленного
- Д. Ничего из вышеперечисленного

724. Физическая нагрузка при сахарном диабете

- А. Может потребовать дополнительного приема углеводов
- Б. Может потребовать снижения дозы вводимого инсулина
- В. Может привести к развитию гипогликемии
- Г. Все вышеперечисленное
- Д. Ничего из вышеперечисленного

725. Какой вид спорта запрещен при сахарном диабете?

- А. Футбол
- Б. Хоккей

- В. Настольный теннис
- Г. Керлинг
- Д. Все виды спорта разрешены

726. При каком уровне глюкозы крови физические нагрузки могут быть опасными?

- А. 5,5-6,5 ммоль/л
- Б. 7-8 ммоль/л
- В. 9-10 ммоль/л
- Г. 10-12 ммоль/л
- Д. 14 и более ммоль/л

727. При каком уровне глюкозы крови физические нагрузки могут быть опасными?

- А. 3,5-4,0 ммоль/л
- Б. 5,5-6,5 ммоль/л
- В. 7,0-8,0 ммоль/л
- Г. 9,0-10,0 ммоль/л
- Д. 10,0-12,0 ммоль/л

728. После интенсивной физической нагрузки у ребенка с сахарным диабетом следует:

- А. Снизить дозу базального инсулина
- Б. Повысить дозу базального инсулина
- В. Избегать приема пищи
- Г. Не вводить инсулин, несмотря на прием пищи
- Д. Никаких мер предпринимать не нужно

729. Инъекции инсулина при физических нагрузках следует делать в:

- А. Вовлеченную в нагрузку конечность
- Б. Место, которое будет наименее вовлечено в нагрузку
- В. Только в плечо
- Г. Только в бедро
- Д. Не имеет значения

730. Чувствительность тканей к инсулину увеличивается:

- А. При регулярном употреблении в пищу легкоусвояемых углеводов
- Б. При регулярных физических нагрузках
- В. При повышении ИМТ
- Г. В пубертатном периоде
- Д. Остается неизменной на протяжении всей жизни

731. При хирургических вмешательствах наиболее оптимальным является уровень глюкозы крови:

- А. 3,3-5,5 ммоль/л
- Б. 4,5-7,0 ммоль/л
- В. 5,0-10,0 ммоль/л
- Г. 9,0-15,0 ммоль/л
- Д. 15,0-20,0 ммоль/л

732. Наиболее надежным интернет-ресурсом, содержащим медицинскую информацию, является.

- А. Google
- Б. Scopus
- В. Pubmed
- Г. eLibrary
- Д. Б, В, Г

733. Согласно федеральным клиническим рекомендациям диагностическим критерием сахарного диабета является:

- А. Наличие глюкозы в моче
- Б. Наличие кетонов в моче
- В. Повышение уровня глюкозы крови выше 5,5 ммоль/л натощак
- Г. Повышение уровня глюкозы крови выше 11,1 ммоль/л
- Д. Ничего из вышеперечисленного

734. Согласно МКБ-10 сахарный диабет кодируется

- А. E10.1-14,9
- Б. E34.1-E34.9
- В. K31.1-K31,9
- Г. R01.0-R10.0
- Д. N10.1-N14.9

735. При диагностике и лечении детей с эндокринной патологией следует руководствоваться:

- А. Приказами Минздрава
- Б. Конспектами лекций
- В. Федеральными клиническими рекомендациями
- Г. Консенсусами
- Д. А, В, Г

736. Согласно 323 ФЗ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство может быть подписано пациентом с возраста:

- А. 14 лет
- Б. 15 лет
- В. 16 лет
- Г. 17 лет
- Д. 18 лет

737. Использование средств непрерывного суточного мониторинга глюкозы крови:

- А. Полностью заменяет использование глюкометра
- Б. Не показано в детском возрасте.
- В. Отражает общую тенденцию гликемического профиля, не заменяет глюкометр
- Г. Заменяет исследование уровня гликированного гемоглобина
- Д. Ничего из вышеперечисленного

738. Показанием к санаторно-курортному лечению является:

- А. Злокачественное новообразование щитовидной железы

- Б. Сахарный диабет
- В. Гипогонадизм
- Г. Конституциональная задержка пубертата
- Д. Преждевременное половое созревание

739. При сахарном диабете рекомендованы курорты:

- А. Климатические
- Б. Бальнеологические
- В. Грязелечебные
- Г. Санаторно-курортное лечение не показано
- Д. А и Б

740. Методом лечения липодистрофий при сахарном диабете является:

- А. Физиотерапия и массаж
- Б. Витамины
- В. Введение инсулина
- Г. Гепатопротекторы
- Д. Иссечение липодистрофий хирургическим путем

741. Методами лечения стеатоза печени при сахарном диабете являются все, кроме:

- А. Физиотерапия
- Б. Гепатопротекторы
- В. Диета
- Г. Коррекция инсулинотерапии
- Д. Постельный режим

742. Методами, используемыми для сбора/селекции доказательств, являются все, кроме:

- А. Поиск в электронных базах данных
- Б. Изучение консенсусов экспертов
- В. Обзоры публикуемых метаанализов
- Г. Информация по запросу Yahoo
- Д. Систематические обзоры с таблицами доказательств

743. Диагностика каких заболеваний возможна в пренатальном периоде?

- А. Нарушение формирования пола
- Б. Синдром Тернера
- В. Синдром Дауна
- Г. Синдром Прадера-Вилли
- Д. Все вышеперечисленные

744. Какому заболеванию свойственно диспропорциональное телосложение?

- А. Ахондроплазия
- Б. Низкорослость вследствие внутриутробной задержки роста
- В. Идиопатическая низкорослость
- Г. Гипопитуитаризм
- Д. Синдром Ларона

745. Для какого из заболеваний характерно пропорциональное телосложение?

- А. Ахондроплазия
- Б. Мукополисахаридоз
- В. Гипотиреоз
- Г. Гипопитуитаризм
- Д. Синдром Марфана

746. Какой из симптомов у новорожденных и младенцев требует исключения врожденного гипопитуитаризма:

- А. Маленькие кисти и/или стопы
- Б. Персистирующая гипогликемия
- В. Генерализованная мышечная гипотония
- Г. Срыгивания и рвота фонтаном
- Д. Упорные опрелости

747. Для идиопатической низкорослости характерно:

- А. Низкие рост и вес при рождении
- Б. Недостаточное питание
- В. Диспропорциональное телосложение
- Г. Все вышеперечисленное
- Д. Ничего из вышеперечисленного

748. Актрапид начинает свое действие через ... от момента введения

- А. Через 5 мин
- Б. Через 2 часа
- В. Через 30 мин
- Г. Через 15 мин
- Д. Сразу после введения

749. Продолжительность действия Актрапида от момента введения

- А. 6-8 часов
- Б. 12 часов
- В. 3-4 часа
- Г. 24 часа
- Д. 30 мин

750. Пик действия Актрапида начинается через ...

- А. 6-8 часов
- Б. 1 час
- В. 3-4 часа
- Г. 2 часа
- Д. 30 мин

751. Продолжительность действия Протофана от момента введения

- А. 12 – 16 часов
- Б. 6 часов
- В. 3-4 часа
- Г. 24 часа
- Д. 30 мин

752. Новорапид начинает свое действие через ... от начала введения

- А. 30 мин
- Б. 6 часов
- В. 3-4 часа
- Г. Сразу после введения
- Д. 1 час

753. Продолжительность действия Новорапида от момента введения

- А. 30 мин
- Б. 6 часов
- В. 3-4 часа
- Г. 12 часов
- Д. 1 час

754. О частичной ремиссии (фазе « медового месяца ») сахарного диабета 1 типа можно говорить , если :

- А. Потребность в инсулине составляет менее 0.5 ед/кг в сутки, HbA1c – менее 7 %
- Б. Потребность в инсулине составляет 0.8 ед/кг в сутки, HbA1c – менее 7 %
- В. Потребность в инсулине составляет 0.6 ед/кг в сутки, HbA1c – 7.2 %
- Г. Потребность в инсулине составляет 1.0 ед /кг в сутки , HbA1c – 9%
- Д. Потребность в инсулине составляет 0.7 ед/кг в сутки, HbA1c – 8%

755. Какой из перечисленных инсулинов используется как базальный инсулин?

- А. Актрапид
- Б. Хумулин Р
- В. Хумалог
- Г. Лантус
- Д. Новорапид

756. Наибольшая потребность в инсулине в детском возрасте

- А. Через 1 мес от начала заболевания
- Б. В период пубертата
- В. Через 6 мес от начала заболевания
- Г. У девочек
- Д. У мальчиков

757. Целью лечения детей и подростков с СД1 является... Все утверждения являются правильными , кроме :

- А. Достижение максимального близкого к нормогликемии уровня глюкозы крови
- Б. Нормальное физическое и половое развитие пациента
- В. Профилактика специфических осложнений СД
- Г. Мотивация к самоконтролю, умению самостоятельно проводить коррекцию инсулинотерапии
- Д. Отмена инсулинотерапии

758. При переводе с НПХ на Лантус – общая доза базального инсулина должна быть снижена на ...

- А. 50%
- Б. 1 ед
- В. 20%
- Г. 2 ед
- Д. Изменения дозы не требуется

759. Как часто необходимо проводится контроль уровня глюкозы крови в сутки?

- А. 4-6 раз
- Б. 1 раз
- В. 20 раз
- Г. 1 раз в неделю
- Д. Только при ухудшении самочувствия

760. При переводе на помповую инсулинотерапию суточная доза инсулина должна быть :

- А. Увеличена на 50 %
- Б. Уменьшена на 50%
- В. Оставить прежнюю дозу
- Г. Увеличена на 20%
- Д. Уменьшена на 20%

761. Гипогликемия у пациента с сахарным диабетом 1 типа может развиваться :

- А. При отсутствии физической нагрузки
- Б. При пропущенном введении инсулина перед едой
- В. При избыточном приеме углеводов
- Г. При чрезмерной физической нагрузке
- Д. При нарушении техники инъекции инсулина

762. Основным стимулятором секреции инсулина является:

- А. Адреналин
- Б. Норадреналин
- В. Глюкоза
- Г. Пролактин
- Д. Соматостатин

763. Бета-клетки поджелудочной железы синтезируют все нижеуказанные вещества, за исключением:

- А. Инсулин
- Б. Инсулиноподобный фактор роста II
- В. С-пептид
- Г. Проинсулин
- Д. Препроинсулин

764. Клинические проявления сахарного диабета 1 типа обусловлены:

- А. Аутоиммунным адреналитом
- Б. Аутоиммунным тиреоидитом
- В. Подострым тиреоидитом
- Г. Аутоиммунным инсулитом
- Д. Подострым инсулитом

765. Развитие сахарного диабета 1 типа чаще провоцируется:

- А. Бактериями
- Б. Вирусами
- В. Простейшими

- Г. Передаваем
- Д. Грибами

766. К вирусам, тропным к бета-клеткам, относятся все, кроме

- А. Вируса краснухи
- Б. Вируса эпидпаротита
- В. Вируса натуральной оспы
- Г. Цитомегаловируса
- Д. Вируса кори

767. Нарушение толерантности к глюкозе диагностируется, если через 2 часа после нагрузки глюкозой сахар крови:

- А. Больше 5,8 ммоль/л
- Б. Больше 7,8 ммоль/л
- В. Больше 6,8 ммоль/л
- Г. Больше 7,0 ммоль/л
- Д. Больше 7,2 ммоль/л

768. При дефиците инсулина имеет место:

- А. Усиленный синтез гликогена
- Б. Повышение липогенеза
- В. Снижение утилизации глюкозы
- Г. Снижение липолиза
- Д. Усиленный синтез белка

769. Нарастающая гипергликемия при сахарном диабете 1 типа является следствием:

- А. Пониженной активности тироксина
- Б. Повышенной активности глюкагона
- В. Повышенной активности вазопрессина
- Г. Нарушения утилизации глюкозы тканями
- Д. Снижения активности глюкокортикоидов

770. Для больного с сахарным диабетом характерно все, кроме:

- А. Жажда
- Б. Учащенное мочеиспускание
- В. Брадикардия
- Г. Похудание
- Д. Вялость

771. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме:

- А. Гипербилирубинемия
- Б. Гипергликемия
- В. Глюкозурия
- Г. Метаболический ацидоз
- Д. Кетонурия

772. Для диагноза сахарного диабета у ребенка важно наличие:

- А. Увеличения СОЭ
- Б. Гиперкалиемии

- В. Низкой относительной плотности мочи
- Г. Гипергликемии
- Д. Протеинурии

773. Полиурия при сахарном диабете является следствием:

- А. Кальциурии
- Б. Глюкозурии
- В. Гипонатриемии
- Г. Пониженной активности антидиуретического гормона
- Д. Снижения чувствительности канальцевых рецепторов к вазопрессину

774. Дифференциальный диагноз полиурии и полидипсии следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- А. Сахарный диабет
- Б. Несахарный диабет
- В. Гипотиреоз
- Г. Гиперпаратиреоз
- Д. Первичная полидипсия

775. Манифестация сахарного диабета 1 типа у ребенка 3-5 лет может протекать под видом состояний, кроме:

- А. Эпилепсия
- Б. Пищевая токсикоинфекция
- В. Ротавирусная инфекция
- Г. Энтеровирусная инфекция
- Д. «Острый живот»

776. Начальная суточная доза подкожно вводимого инсулина при неосложненном сахарном диабете обычно составляет:

- А. 0,1 ед/кг массы тела
- Б. 0,5 ед/кг массы тела
- В. 0,75 ед/кг массы тела
- Г. 1,0 ед/кг массы тела
- Д. 1,5 ед/кг массы тела

777. К инсулинам короткого действия относятся:

- А. Апидра
- Б. Актрапид
- В. Хумалог
- Г. Левемир
- Д. Лантус

778. Инсулин лизпро (Хумалог) при сахарном диабете типа 1 детям обычно вводится

- А. До приема пищи за 30–40 минут
- Б. Перед сном
- В. За 1 час до еды
- Г. За 5-10 мин до еды, непосредственно перед или сразу после еды
- Д. Ни одно из перечисленных утверждений не верно

779. Феномен "утренней зари" это:

- А. Утренняя гипергликемия после ночной гипогликемии
- Б. Снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина
- В. Резкий подъем уровня глюкозы крови в ранние утренние часы, обусловленный действием контринсулярных гормонов
- Г. Исчезновение симптомов стероидного сахарного диабета после двусторонней адреналэктомии
- Д. Все перечисленное неверно

780. К критериям компенсации сахарного диабета относится:

- А. Гликозилированный гемоглобин менее 10%
- Б. Нормальный уровень инсулина
- В. Гликозилированный гемоглобин менее 7,5%
- Г. Нормальный уровень тироксина
- Д. Аглюкозурия

781. Основная причина кетонемии при сахарном диабете:

- А. Усиленный липогенез
- Б. Активация глюконеогенеза
- В. Ускоренный липолиз
- Г. Катаболизм белков
- Д. Нарастающая гипергликемия

782. Клиническими признаками диабетического кетоацидоза является:

- А. Шумное дыхание Куссмауля
- Б. Повышенное потоотделение
- В. Апноэ
- Г. Брадикардия
- Д. Ничего из перечисленного

783. К клиническим признакам диабетической кетоацидотической комы относятся все, кроме:

- А. Бессознательное состояние
- Б. Шумное дыхание Куссмауля
- В. Гипергидроз кожи
- Г. Сухость кожи
- Д. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе

784. Клиническим признаком диабетического кетоацидоза является:

- А. Появление ночного энуреза
- Б. Появление многократной рвоты
- В. Фурункулез
- Г. «Заеды» в углах рта
- Д. Анурия

785. Для дифференциального диагноза о. аппендицита и абдоминального синдрома

у больного с диабетическим кетоацидозом учитывают все, кроме:

- А. Наличие глюкозурии
- Б. Лейкоцитоз
- В. Наличие гипергликемии
- Г. Кетонурия
- Д. Гипокалиемия

786. Основные лечебные мероприятия по выводу больных из кетоацидоза включают:

- А. Инсулинотерапию
- Б. Восстановление электролитного баланса
- В. Восстановление кислотно-щелочного баланса
- Г. Регидратацию
- Д. Все перечисленное

787. Начальная скорость введения инсулина при диабетическом кетоацидозе:

- А. 2,0 ед/кг массы/ час
- Б. 0,03 ед/кг массы/ час
- В. 0,1 ед/кг массы/ час
- Г. 1,0 ед/кг массы/ час
- Д. 0,01 ед/кг массы/ час

788. Инфузионную терапию при диабетическом кетоацидозе следует начинать с

- А. 5% раствора глюкозы;
- Б. 4% раствора бикарбоната натрия;
- В. 0,9% раствора хлористого натрия;
- Г. альбумина;
- Д. 10% раствора глюкозы

789. Патогномоничным признаком для сахарного диабета 1 типа является поражение сосудов:

- А. Мелкого калибра (капилляров);
- Б. Среднего калибра;
- В. Крупного и среднего калибра;
- Г. Только крупного калибра;
- Д. Крупного и мелкого калибра.

790. Для диабетической нефропатии специфично:

- А. Развитие интерстициального нефрита;
- Б. Развитие узелкового гломерулосклероза;
- В. Поражение проксимальных канальцев
- Г. Поражение дистальных канальцев
- Д. Поражение и дистальных, и проксимальных канальцев.

791. Суточная экскреция альбуминов на стадии микроальбуминурии составляет:

- А. 10-20 мг/сут
- Б. 20-30 мг/сут.
- В. 30-300 мг/сут.
- Г. 300-400 мг/сут.
- Д. 400-500 мг/сут.

792. Каким препаратам отдают предпочтение при лечении микроальбуминурической стадии диабетической нефропатии?

- А. Глюкокортикоидам;
- Б. Ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента;
- В. Гепарину
- Г. Уросептикам;
- Д. Препаратам нитрофуранового ряда.

793. Лабораторными критериями выраженной диабетической нефропатии являются все, кроме

- А. Высокий уровень мочевины
- Б. Протеинурия
- В. Высокая скорость клубочковой фильтрации
- Г. Высокий уровень креатинина
- Д. Гипоальбуминемия

794. К осложнениям сахарного диабета относятся все перечисленные, за исключением:

- А. Микроальбуминурия
- Б. Хайропатия
- В. Синдром Мориака
- Г. Синдром Уотерхауза-Фридериксена
- В. Полинейропатия

795. С сахарным диабетом ассоциировано следующее поражение кожи:

- А. Атопический дерматит
- Б. Липоидный некробиоз
- В. Папилломатоз
- Г. Дизгидроз
- Д. Лейкоплакия

796. Для большинства пациентов сахарным диабетом типа MODY характерно:

- А. Начало в молодом возрасте
- Б. Аутомно-доминантный тип наследования
- В. Относительно благоприятное течение заболевания
- Г. Продолжительное отсутствие потребности в инсулине
- Д. Все перечисленное

797. Диабетический кетоацидоз может развиваться вследствие:

- А. Отказ от инсулинотерапии
- Б. Присоединение инфекции
- В. Поздняя диагностика сахарного диабета
- Г. Использование инсулина с истекшим сроком годности или неправильно хранимого инсулина
- Д. Все перечисленное

Ответы

| | | | | | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------|------|
| 1-Д | 2-Г | 3-Г | 4-А | 5-А | 6-В | 7-В | 8-Б | 9-В | 10-Б |
| 11-Д | 12-А | 13-В | 14-Г | 15-Д | 16-А | 17- В | 18-В | 19-Б | 20-Д |
| 21-В | 22-Б | 23-В | 24-Б | 25-Б | 26-Б | 27-В | 28 – В | 29-Г | 30-А |
| 31-А | 32-Г | 33-Б | 34-В | 35-Б | 36-В | 37-В | 38-Г | 39-Д | 40-А |
| 41-В | 42-Б | 43-Г | 44-Б | 45-Г | 46-Б | 47- В | 48-А | 49-Б | 50-В |
| 51-Б | 52- В | 53- Г | 54- Г | 55- Г | 56- Б | 57-В | 58-Д | 59-Г | 60-Д |

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 61-Г | 62-Г | 63-Б | 64-Б | 65-Г | 66-Б | 67-Б | 68-А | 69-В | 70-Д |
| 71-Д | 72-Д | 73-А | 74-Г | 75-Г | 76-В | 77-Г | 78-Б | 79-Г | 80-Б |
| 81-В | 82-Б | 83-Г | 84-Д | 85-Д | 86-Д | 87-А | 88-Б | 89-Д | 90-Б |
| 91-А | 92-А | 93-Б | 94-Д | 95-А | 96-В | 97-Д | 98-Б | 99-А | 100-В |
| 101-Г | 102-В | 103-Б | 104-В | 105-Г | 106-А | 107-Д | 108-В | 109-А | 110-В |
| 111-Д | 112-Г | 113-В | 114-Б | 115-Д | 116-Б | 117-А | 118-Г | 119-В | 120-А |
| 121-В | 122-Г | 123-Г | 124-Д | 125-Б | 126-Г | 127-Б | 128-А | 129-В | 130-Г |
| 131-Г | 132-Г | 133-В | 134-Б | 135-Г | 136-Б | 137-А | 138-А | 139-В | 140-В |
| 141-Г | 142-Г | 143-В | 144-В | 145-Г | 146-Г | 147-Г | 148-Б | 149-Б | 150-Г |
| 151-Г | 152-В | 153-Д | 154-Г | 155-В | 156-Б | 157-А | 158-Д | 159-В | 160-Б |
| 161-В | 162-Г | 163-В | 164-Б | 165-Д | 166-Г | 167-Д | 168-Б | 169-В | 170-А |
| 171-Г | 172-А | 173-Д | 174-Д | 175-В | 176-Б | 177-А | 178-В | 179-В | 180-Б |
| 181-Б | 182-А | 183-Г | 184-Б | 185-Д | 186-В | 187-Д | 188-Г | 189-А | 190-В |
| 191-Г | 192-А | 193-Д | 194-В | 195-В | 196-А | 197-Д | 198-В | 199-Г | 200-Д |
| 201-В | 202-В | 203-А | 204-А | 205-Г | 206-В | 207-А | 208-В | 209-В | 210-А |
| 211-В | 212-Д | 213-Г | 214-Д | 215-Г | 216-В | 217-Д | 218-А | 219-В | 220-Г |
| 221-В | 222-В | 223-Б | 224-В | 225-В | 226-Г | 227-В | 228-Б | 229-В | 230-Г |
| 231-А | 232-Д | 233-А | 234-А | 235-В | 236-Б | 237-В | 238-Г | 239-В | 240-Д |
| 241-Д | 242-Б | 243-Д | 244-В | 245-В | 246-Г | 247-Г | 248-В | 249-А | 250-Б |
| 251-Г | 252-Д | 253-А | 254-Г | 255-Г | 256-Б | 257-Г | 258-Д | 259-А | 260-В |
| 261-В | 262-Г | 263-В | 264-А | 265-В | 266-Д | 267-Г | 268-В | 269-Д | 270-Г |
| 271-В | 272-Д | 273-В | 274-Г | 275-Д | 276-В | 277-Г | 278-А | 279-В | 280-В |
| 281-Г | 282-А | 283-В | 284-Д | 285-А | 286-Г | 287-Д | 288-Д | 289-Г | 290-А |
| 291-В | 292-Д | 293-В | 294-Д | 295-Д | 296-А | 297-В | 298-В | 299-В | 300-Г |
| 301-Г | 302-В | 303-Г | 304-В | 305-В | 306-Г | 307-Д | 308-В | 309-А | 310-В |
| 311-Д | 312-В | 313-А | 314-Г | 315-Г | 316-В | 317-А | 318-В | 319-А | 320-В |
| 321-Д | 322-А | 323-Д | 324-В | 325-А | 326-А | 327-В | 328-А | 329-В | 330-В |
| 331-А | 332-А | 333-Г | 334-А | 335-Г | 336-Д | 337-А | 338-Г | 339-В | 340-В |
| 341-Д | 342-А | 343-А | 344-Д | 345-В | 346-В | 347-А | 348-А | 349-В | 350-В |
| 351-Д | 352-В | 353-Г | 354-В | 355-Г | 356-Д | 357-Д | 358-Д | 359-А | 360-В |
| 361-В | 362-А | 363-В | 364-Г | 365-В | 366-В | 367-Г | 368-А | 369-А | 370-Г |
| 371-В | 372-В | 373-А | 374-В | 375-Г | 376-А | 377-В | 378-В | 379-А | 380-А |
| 381-В | 382-В | 383-Д | 384-А | 385-Д | 386-В | 387-Д | 388-А | 389-Г | 390-В |
| 391-Д | 392-Д | 393-А | 394-Д | 395-В | 396-А | 397-В | 398-Г | 399-Д | 400-Д |
| 401-А | 402-В | 403-В | 404-Г | 405-В | 406-В | 407-В | 408-Г | 409-В | 410-В |
| 411-В | 412-В | 413-В | 414-Г | 415-Д | 416-В | 417-А | 418-В | 419-А | 420-Г |
| 421-А | 422-В | 423-В | 424-Г | 425-Д | 426-Д | 427-Г | 428-Д | 429-А | 430-А |
| 431-В | 432-В | 433-Г | 434-Г | 435-В | 436-Д | 437-Д | 438-Д | 439-Г | 440-Д |
| 441-В | 442-В | 443-Д | 444-Д | 445-А | 446-В | 447-В | 448-В | 449-Г | 450-В |
| 451-В | 452-Г | 453-Г | 454-В | 455-В | 456-Г | 457-В | 458-В | 459-Г | 460-Г |
| 461-В | 462-Г | 463-В | 464-А | 465-Д | 466-Д | 467-Д | 468-Д | 469-В | 470-В |
| 471-В | 472-В | 473-А | 474-Д | 475-Д | 476-В | 477-В | 478-В | 479-Д | 480-В |
| 481-Д | 482-Г | 483-В | 484-Г | 485-В | 486-В | 487-Г | 488-В | 489-В | 490-В |
| 491-В | 492-Д | 493-В | 494-Д | 495-В | 496-А | 497-В | 498-Д | 499-Д | 500-А |
| 501-А | 502-Д | 503-В | 504-Д | 505-А | 506-В | 507-А | 508-Д | 509-А | 510-Д |
| 511-Г | 512-Д | 513-В | 514-Д | 515-А | 516-А | 517-Д | 518-А | 519-Д | 520-В |
| 521-В | 522-Д | 523-В | 524-В | 525-Д | 526-В | 527-В | 528-В | 529-В | 530-В |
| 531-Г | 532-Г | 533-Г | 534-Д | 535-Д | 536-В | 537-Д | 538-Д | 539-Д | 540-А |
| 541-Г | 542-А | 543-Д | 544-Д | 545-Д | 546-В | 547-Д | 548-Г | 549-Д | 550-А |
| 551-Д | 552-Г | 553-Д | 554-Д | 555-Д | 556-Д | 557-В | 558-Д | 559-Г | 560-А |
| 561-Д | 562-В | 563-Д | 564-В | 565-Д | 566-В | 567-Д | 568-В | 569-А | 570-Г |
| 571-В | 572-А | 573-Д | 574-А | 575-А | 576-Д | 577-Д | 578-Д | 579-Г | 580-Г |
| 581-А | 582-Г | 583-Г | 584-Д | 585-А | 586-Г | 587-Д | 588-Д | 589-Д | 590-Д |
| 591-Г | 592-Д | 593-В | 594-В | 595-В | 596-А | 597-Д | 598-Г | 599-А | 600-А |
| 601-Г | 602-А | 603-В | 604-В | 605-В | 606-А | 607-Г | 608-А | 609-В | 610-Г |
| 611-В | 612-А | 613-Г | 614-Д | 615-А | 616-В | 617-Г | 618-А | 619-Д | 620-А |
| 621-В | 622-В | 623-В | 624-В | 625-Г | 626-А | 627-А | 628-В | 629-В | 630-Г |

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 631-Б | 632-В | 633-Д | 634-Б | 635-В | 636-В | 637-А | 638-В | 639-Г | 640-А |
| 641-В | 642-Б | 643-А | 644-Б | 645-Б | 646-Б | 647-А | 648-Б | 649-А | 650-В |
| 651-Г | 652-В | 653-Б | 654-Г | 655-Б | 656-А | 657-Б | 658-А | 659-Б | 660-В |
| 661-Д | 662-А | 663-В | 664-А | 665-В | 666-В | 667-А | 668-Б | 669-В | 670-А |
| 671-Г | 672-В | 673-Б | 674-Б | 675-В | 676-Б | 677-А | 678-А | 679-А | 680-А |
| 681-Д | 682-В | 683-Б | 684-Г | 685-Б | 686-Д | 687-А | 688-В | 689-А | 690-В |
| 691-В | 692-А | 693-Г | 694-Г | 695-Б | 696-Б | 697-В | 698-Д | 699-Б | 700-Д |
| 701-А | 702-Д | 703-Д | 704-А | 705 - Г | 706-Д | 707-В | 708-В | 709-Г | 710-Д |
| 711-В | 712-А | 713-А | 714-Б | 715-В | 716-Г | 717-Д | 718-Д | 719-В | 720-Г |
| 721-В | 722-А | 723-Д | 724-Г | 725-Д | 726-Д | 727-А | 728-А | 729-Б | 730-Б |
| 731-В | 732-Д | 733-Г | 734-А | 735-Д | 736-Б | 737-В | 738-Б | 739-Д | 740-А |
| 741-Д | 742-Г | 743-Д | 744-А | 745-Г | 746-Б | 747-Д | 748-Б | 749-А | 750-Б |
| 751-А | 752-Г | 753-В | 754-А | 755-Г | 756-Б | 757-Д | 758-В | 759-А | 760-Д |
| 761-Г | 762-В | 763-Б | 764-Г | 765-Б | 766-В | 767-Б | 768-В | 769-Г | 770-В |
| 771-А | 772-Г | 773-Б | 774-В | 775-А | 776-Б | 777-Б | 778-Г | 779-В | 780-В |
| 781-В | 782-А | 783-В | 784-Б | 785-Д | 786-Д | 787-В | 788-В | 789-А | 790-Б |
| 791-В | 792-Б | 793-В | 794-Г | 795-Б | 796-Д | 797-Д | | | |

Вопросы для устного собеседования

I. Болезни гипоталамо-гипофизарной системы

1. Методы исследования функции аденогипофиза
2. Этиология низкорослости
3. Классификация и этиология дефицита гормона роста
4. Клиника дефицита гормона роста
5. Диагностика дефицита гормона роста
6. Лечение дефицита гормона роста
7. Наследственные синдромы с низкорослостью
8. Дифференциальный диагноз низкорослости
9. Этиология и клиника гипофизарного гигантизма
10. Диагностика гипофизарного гигантизма
11. Лечение гипофизарного гигантизма
12. Наследственные синдромы с высокорослостью
13. Дифференциальный диагноз высокорослости
14. Гиперпролактинемия: классификация, этиология, клиника
15. Диагностика гиперпролактинемии
16. Лечение гиперпролактинемии
17. Классификация и этиология несахарного диабета
18. Клиника несахарного диабета
19. Диагностика несахарного диабета
20. Лечение несахарного диабета

II. Заболевания щитовидной железы и околощитовидных желез

21. Методы исследования функции щитовидной железы
22. Классификация и этиология врожденного гипотиреоза
23. Клиника врожденного гипотиреоза
24. Диагностика врожденного гипотиреоза
25. Приобретенный гипотиреоз у детей
26. Диагностика приобретенного гипотиреоза
27. Лечение гипотиреоза у детей
28. Патогенез и клиника диффузного токсического зоба

29. Диагностика диффузного токсического зоба
30. Лечение диффузного токсического зоба
31. Клиника аутоиммунного тиреоидита у детей
32. Диагностика аутоиммунного тиреоидита
33. Лечение аутоиммунного тиреоидита
34. Диффузный нетоксический зоб
35. Эндемический зоб
36. Узлы щитовидной железы: классификация, клиника, диагностика
37. Тактика ведения узлов щитовидной железы
38. Методы исследования функции околощитовидных желез
39. Этиология и клиника гипопаратиреоза
40. Клиника псевдогипопаратиреоза
41. Диагностика гипопаратиреоза
42. Диагностика псевдогипопаратиреоза
43. Лечение гипопаратиреоза
44. Лечение псевдогипопаратиреоза
45. Этиология и клиника первичного гиперпаратиреоза у детей
46. Диагностика первичного гиперпаратиреоза
47. Лечение первичного гиперпаратиреоза

III. Сахарный диабет и другие нарушения углеводного и липидного обмена

48. Классификация сахарного диабета
49. Этиология и патогенез сахарного диабета 1 типа
50. Клиника сахарного диабета у детей
51. Клиника диабетического кетоацидоза
52. Диетотерапия сахарного диабета
53. Характеристика препаратов инсулина
54. Инсулиноterapia сахарного диабета
55. Контроль лечения сахарного диабета
56. Терапия диабетического кетоацидоза
57. Инсулиноterapia и контроль лечения сахарного диабета при интеркуррентных заболеваниях и операциях
58. Особенности клиники и лечения сахарного диабета у детей младшего возраста
59. Поздние осложнения сахарного диабета
60. MODY-диабет
61. Неонатальный сахарный диабет
62. Гиперинсулинизм у детей
63. Дифференциальная диагностика гипогликемий у детей
64. Классификация, этиология и клиника ожирения
65. Диагностика ожирения
66. Лечение ожирения у детей

IV. Заболевания надпочечников

67. Методы исследования функции надпочечников
68. Этиология и клиника первичной надпочечниковой недостаточности
69. Диагностика первичной надпочечниковой недостаточности
70. Лечение первичной надпочечниковой недостаточности
71. Этиология и клиника врожденной гиперплазии коры надпочечников
72. Диагностика врожденной гиперплазии коры надпочечников

73. Редкие формы врожденной гиперплазии коры надпочечников
74. Лечение врожденной гиперплазии коры надпочечников
75. Этиология и клиника синдрома Иценко-Кушинга
76. Диагностика синдрома Иценко-Кушинга
77. Лечение синдрома Иценко-Кушинга
78. Этиология и клиника первичного гиперальдостеронизма
79. Диагностика первичного гиперальдостеронизма
80. Этиология и клиника феохромоцитомы
81. Диагностика феохромоцитомы
82. Лечение феохромоцитомы

V. Нарушения полового развития

83. Этиология и клиника преждевременного полового созревания
94. Диагностика преждевременного полового созревания
85. Лечение преждевременного полового созревания
86. Этиология и клиника гипогонадизма у девочек
87. Диагностика гипогонадизма у девочек
88. Лечение гипогонадизма у девочек
89. Этиология и клиника задержки полового развития у девочек
90. Диагностика задержки полового развития у девочек
91. Лечение задержки полового развития у девочек
92. Этиология и клиника гипогонадизма у мальчиков
93. Диагностика гипогонадизма у мальчиков
94. Лечение гипогонадизма у мальчиков
95. Этиология и клиника задержки полового развития у мальчиков
96. Диагностика задержки полового развития у мальчиков
97. Лечение задержки полового развития у мальчиков
98. Классификация нарушений формирования пола
99. Диагностика нарушений формирования пола
100. Реабилитация больных с нарушениями формирования пола

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритмы методов стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально-пальпаторная оценка щитовидной железы, наружных гениталий, грудных желез)
2. Алгоритмы методов специфического обследования больных с эндокринной патологией (функциональные пробы, суточное мониторирование гликемии; экспресс-методы определения сахара в крови, ацетона в моче, микроальбуминурии, скрининг осложнений сахарного диабета)
3. Алгоритмы оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при ургентных состояниях (гипергликемическая, гипогликемическая, молочнокислая, гиперосмолярная кома; острая надпочечниковая недостаточность; тиреотоксический, гипер- и гипокальциемический, гипотиреоидный криз; травматический шок; острая кровопотеря; острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность; сосудистый коллапс; острая пищевая, лекарственная интоксикация).
4. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы;
5. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний надпочечников;
6. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний островкового аппарата поджелудочной железы (сахарный диабет, гиперинсулинизм);
7. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний паращитовидных желез;

8. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний половых желез;
9. Алгоритмы лечения ожирения;
10. Алгоритмы использования специальных приспособлений для введения лекарственных препаратов (шприц-ручки, помпы);
11. Алгоритмы обучения самоконтроля хронических эндокринных заболеваний;
12. Алгоритмы диагностики и лечения инфекционных болезней (в т. ч. карантинных инфекций);
14. Алгоритмы диагностики и оказания экстренной догоспитальной помощи при ДТП, массовых поражения населения и катастрофах;
15. Алгоритмы ранней диагностики онкологических заболеваний;
16. Алгоритмы первой врачебной помощи при ионизирующих излучениях.
17. Алгоритмы проведения и интерпретации результатов проб, позволяющих оценить функциональные резервы эндокринных желез;
18. Алгоритмы исследования сахара в крови, ацетона, сахара и альбумина в моче экспресс-методами;
19. Алгоритмы проведения и интерпретации результатов суточного мониторирования гликемии;
20. Алгоритмы постановки инсулиновых помп и титрации доз при использовании инсулиновых помп;

Задачи

I. Болезни гипоталамо-гипофизарной системы

Задача № 1

Мальчик 4,5 года. Жалобы на отставание в росте. Родился доношенным с весом 3370, длиной 50. Скорость роста за последние годы не превышает 3,5см. Рост отца 175, матери 162. При осмотре: психомоторное развитие соответствует возрасту, рост 88 см (-3,5 SD), костный возраст 15-18 мес. ТТГ-1,5 мМЕ/л Т4св-15,1 пмоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Составте план лечения пациента.

Ответ:

1. Гипопитуитаризм с дефицитом гормона роста (ДГР).

Обоснование диагноза: Низкорослость тяжелой степени в сочетании с низкой скоростью роста и отставанием костного возраста у мальчика 4,5 лет (с нормальными весом и длиной тела при рождении) являются аукалогическими критериями диагноза.

2. Первым диагностическим этапом «Скрининг ДГР и других болезней» следует исключить гипотиреоз (что сделано в условиях задачи), хронические заболевания (провести неэндокринные тесты, включая клинический и биохимические анализы крови, анализы мочи, анализ антител к глиадину и эндомизину, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек), оценить концентрацию ИФР1 в плазме крови. При сниженной концентрации ИФР1 перейти ко второму этапу – «ГР-стимуляционные тесты». Степень низкорослости и уровень ИФР1 ниже 5 перцентиля при наличии 3-х аукалогических критериев ДГР позволят ограничиться одним отрицательным (пик секреции ГР менее 10 нг/мл) тестом на стимуляцию ГР. Третьим этапом необходимо будет выполнить визуализацию гипоталамо-гипофизарной области с помощью МРТ (КТ) с целью исключения опухоли.

3. Если ДГР будет подтвержден биохимическими тестами, а опухоль исключена, пациенту будет рекомендована заместительная терапия препаратами рекомбинантного ГР в дозе 0,025-0,035, в среднем 0,03 мг/кг/сут, подкожно, ежедневно, перед сном.

Задача № 2.

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на отставание в росте и половом развитии. Его мать в 30-летнем возрасте оперирована по поводу узлового зоба, в детстве отставала в физическом и половом развитии. У мальчика отмечаются избыток массы тела около 20%, сухость кожи, запоры, зябкость, слабость, трудности в учебе, сонливость. Симптомы появились 2-3 года назад, нарастают. В течение последнего года - частые головные боли.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

1. Гипопитуитаризм вследствие опухоли ЦНС.

Обоснование диагноза: Задержка роста и полового развития у мальчика 14 лет сопровождается симптомами гипотиреоза (сухость кожи, запоры, зябкость, слабость, трудности в учебе, сонливость) и признаками поражения ЦНС (частые головные боли).

2. Следует оценить базальные уровни гормонов аденогипофиза и гормонов эндокринных желез, ими контролируемых (ТТГ, св. Т4, АКТГ, кортизол, ЛГ, ФСГ, тестостерон, ИФР1), а также провести визуализацию ЦНС плюс гипоталамо-гипофизарной области с помощью МРТ (КТ) с целью исключения опухоли.

Задача № 3.

Мальчик 10 лет жалуется на полидипсию до 7 л в сутки, полиурию в течение 2 месяцев. Ухудшилась память, успеваемость в школе. Глюкоза натощак 4,5 ммоль/л, после еды 6,0 ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Предположительный диагноз
2. Составить план обследования пациента

Ответ:

1. Несахарный диабет.
2. Для подтверждения диагноза показано проведение анализа мочи по Зимницкому, биохимический анализ крови с вычислением осмоляльности плазмы, расчет соотношения осмоляльность мочи/осмоляльность плазмы, проведение концентрационного теста и теста с десмопрессином. Если по данным теста с десмопрессином подтвердится центральный несахарный диабет (что наиболее вероятно в этом случае), обязательно проведение МРТ головного мозга для выявления возможных объемных образований как причины несахарного диабета.

II. Заболевания щитовидной и околощитовидных желез

Задача № 4.

Родители 12-летней девочки заметили образование на шее, которое при пальпации оказывается узлом щитовидной железы. Других жалоб нет, клинически состояние эутиреоидное.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Составте план лечения пациента.

Ответ:

1. Узловой зоб.
2. Первым диагностическим шагом является УЗИ ЩЖ для подтверждения наличия тиреоидного узла с оценкой его размеров, структуры, эхо-плотности, контуров. Также оценивается функция ЩЖ определением уровня ТТГ в плазме. Следующим шагом, методом ТАБ, рекомендуют уточнить морфологическое строение каждого узла более 1 см, а также узлов меньших размеров при наличии факторов риска злокачественности: облучение головы/шеи в анамнезе, ВДРЩЖ или МЭН-2 у родственников 1 линии, плотный/твердый безболезненный узел, диспноэ, дисфагия, дисфония, шейная лимфаденопатия, инфильтраты в легких, гипозохогенность солидного узла с нечетким контуром при УЗИ. Морфологический диагноз (согласно Bethesda system, 2010) «фолликулярная опухоль/подозрение на фолликулярную опухоль» рекомендуют гемитиреоидэктомию, «подозрение на злокачественную опухоль» или «злокачественная опухоль» - тиреоидэктомию.
3. Хирургическое лечение выполняется в специализированной клинике, пациент наблюдается хирургом и онкологом. При «доброкачественных изменениях», то есть наличии коллоидного узла, не вызывающего компрессии органов шеи или снижения качества жизни, рекомендуют ограничиться наблюдением.

Задача № 5.

Девочка 15 лет обратилась с жалобами на раздражительность плаксивость, сердцебиение в течении последних 2 мес, похудела на 3 кг. При осмотре рост 165 см, вес 48 кг. ЧСС 108 в мин, тоны сердца громкие. Щитовидная железа увеличена до 2 ст, плотно-эластичная. У матери АИТ.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Составте план лечения пациента.

Ответ:

1. Диффузный токсический зоб (ДТЗ), или болезнь Грейвса.
Обоснование: Подобные нарушения деятельности нервной системы (раздражительность, плаксивость), проявления катаболизма (похудание) в сочетании с сердцебиением/тахикардией у девочки-подростка с зобом свидетельствуют в пользу ДТЗ.
2. Необходимо подтвердить синдром тиреотоксикоза и уточнить его тяжесть определением в плазме крови концентраций ТТГ, свТЗ, свТ4. Далее измеряют уровни антител к антигенам ЩЖ (АТ-рТТГ, АТ-ТПО), проводят УЗИ ЩЖ для подтверждения аутоиммунной причины гипертиреоза и исключения опухоли ЩЖ.
3. В начале выбирают как правило медикаментозное лечение для устранения тиреотоксикоза и достижения ремиссии заболевания. Препаратом первой линии является тиамазол. К радикальному лечению (хирургическому или терапии радиоiodом) прибегают при рецидивирующем течении заболевания или непереносимости тиреостатических препаратов (серьезных нежелательных явлениях)

Задача № 6.

У девочки 2 лет с первого года жизни наблюдаются задержка роста и психического развития, сухость кожи, ломкость волос и ногтей, диспептические явления, положительный симптом Хвостека. В 2-летнем возрасте развился приступ тонических судорог. Кальций крови 1,7 ммоль/л, фосфор 2,5 ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Составте план лечения пациента.

Ответ:

1. Гипопаратиреоз.

Обоснование: У пациентки с клиническими признаками хронической гипокальциемии выявлено снижение кальция и повышение фосфора в крови. Это может быть характерно для гипопаратиреоза.

2. Для дифференциальной диагностики с псевдогипопаратиреозом показано исследование уровня паратгормона крови. Кроме того, для подтверждения диагноза псевдогипопаратиреоза 1а типа возможна молекулярно-генетическая диагностика – выявление мутаций гена GNAS1.
3. Лечение гипопаратиреоза, и псевдогипопаратиреоза проводится препаратами витамина Д (предпочтительно альфакальцидол или кальцитриол) с подбором дозы под контролем кальция крови.

Задача № 7.

У мальчика 14 лет выявлена мочекаменная болезнь. Рост 160 см, вес 52 кг. Жалуется на слабость, утомляемость, изменение походки, полиурию, полидипсию. При обследовании кальций крови 3,2 ммоль/л, фосфор 1,2 ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Составте план лечения пациента.

Ответ:

1. Первичный гиперпаратиреоз.

2. У пациента имеются клинические признаки гиперкальциемии и высокий уровень кальция в крови. В этом случае необходимо провести следующее обследование. Показано исследование суточной экскреции кальция с мочой и определение уровня паратгормона в крови. Высокий уровень паратгормона на фоне гиперкальциемии подтверждает диагноз первичного гиперпаратиреоза. Далее необходимо провести топическую диагностику – самый надежный метод субтракционная сцинтиграфия с таллием и технецием – и рентгеновское исследование для оценки состояния костной ткани.

3. Лечение первичного гиперпаратиреоза у детей хирургическое.

III. Сахарный диабет и другие нарушения углеводного и липидного обмена.

Задача № 8.

У 12-летней девочки в течение месяца наблюдаются полиурия и жажда, похудела на 5 кг. Последние 3 дня состояние ухудшилось, отмечается тошнота, несколько раз была рвота.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Составте план лечения пациента.

Ответ:

1. Диабетический кетоацидоз. Обоснование: Полиурия, жажда, похудение - “большие симптомы” сахарного диабета. Ухудшение состояния, появление тошноты, рвоты свидетельствует о развитии диабетического кетоацидоза.
2. Диагноз подтверждается выявлением гипергликемии, глюкозурии и кетонурии. Для оценки тяжести ДКА - исследование рН, бикарбонатов крови.
3. Лечение – инсулинотерапия на фоне коррекции водно-электролитных нарушений.

Задача № 9.

Ребенок 10 лет, болен диабетом 3 года, получает 3 инъекции ультракороткого инсулина перед приемами пищи и 2 инъекции базального инсулина (перед завтраком и перед сном). 3 дня назад заболел ОРЗ с фебрильной температурой. В течение дня высокая гликемия, кетонурия.

Вопросы по задаче:

1. Ваши действия в отношении инсулинотерапии и самоконтроля диабета.
2. Показания для госпитализации.

Ответ:

1. Высокая гликемия, кетонурия на фоне интеркуррентного заболевания требует дополнительного введения ультракороткого инсулина (10-20% от общей суточной дозы), более частого контроля уровня глюкозы крови и кетонов мочи, увеличения потребления жидкости.
2. Показания для госпитализации - развитие ДКА (ухудшение самочувствия, появление тошноты, рвоты, признаков обезвоживания на фоне сохраняющейся гипергликемии и кетонурии) и / или ранний возраст пациента.

Задача № 10.

У пациента с сахарным диабетом (13 лет) - сахар крови натощак 16 ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Каковы возможные причины гипергликемии?
2. Ваша тактика в отношении инсулинотерапии.

Ответ: Причины гипергликемии натощак могут быть различными. Высокий уровень гликемии в 2-3 часа ночи будет свидетельствовать о недостаточности дозы инсулина в ночное время. Низкий уровень гликемии в 2 - 3 часа ночи - требует снижения дозы инсулина в ночное время (проявление постгипогликемической гипергликемии). При нормальном уровне гликемии в 2-3 часа ночи требуется контроль гликемии в ранние утренние часы для подтверждения феномена “утренней зари” (повышение уровня сахара крови после 5 час утра). В этом случае показано дополнительное введение небольших доз короткого инсулина в ранние утренние часы.

Задача № 11.

Девочка 10 лет, массой 30 кг, получает инсулинотерапию в суточной дозе 20 Ед, в 8 час - 3 Ед Новорапида, 14 час - 3 ед Новорапида, 19 час - 2 Ед Новорапида, в 22 часа - 12 ед Лантуса. Жалобы на беспокойный сон, головную боль при пробуждении. Гликемия в 2 часа ночи - 3.8 ммоль/л, в 8 час - 18.0 ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Какова причина утренней гипергликемии?
2. Рекомендации по коррекции терапии.

Ответ: Причиной утренней гипергликемии является гипогликемия ночью, связанная в неадекватной (высокой) дозой базального инсулина. Показано снижение дозы Лантуса. При сохранении ночной гипогликемии - обсудить перевод ребенка на утреннее введение Лантуса.

Задача № 12.

Подростку (13 лет, рост 164 см, вес 70 кг) с избыточной массой тела проведен ПГТТ. Результаты: глюкоза натощак 5,0 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы – 12 ммоль/л. Семейный анамнез отягощен по СД 2 типа.

Вопросы по задаче:

1. Оценить данные обследования.
2. Предложить тактику дальнейшего ведения.

Ответ:

1. Показатель гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой является диагностическим для сахарного диабета.
2. Рекомендуется изменение принципов питания (диета - стол №9), режим физических упражнений. Тип сахарного диабета требует уточнения. Отсутствие клинических симптомов СД и ДКА при выявлении СД у подростка с избыточным весом и семейной историей СД2 говорит скорее о сахарном диабете 2 типа. Выявление диабетических антител (ат к GAD 65 и/или к IA2) будет свидетельствовать в пользу сахарного диабета 1 типа и раннего назначения инсулинотерапии.

Задача № 13.

Мальчик 12 лет обратился по поводу повышенного уровня гликемии натощак — 6,2 ммоль/л, выявленном при случайном обследовании. Глюкозурии нет. Семейный анамнез по СД не отягощен.

Вопросы по задаче:

1. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

План обследования: Требуется повторные исследования крови и мочи на глюкозу. При необходимости - проведение ПГТТ. Выявление диабетических антител (Ат к GAD65 и/или к IA2) будет свидетельствовать в пользу вероятного развития сахарного диабета 1 типа.

Задача № 14.

Подросток 15 лет болен СД 3 года. Получает инсулинотерапию. После ужина 2 часа играл в футбол. Пришел домой уставшим, глюкозу крови перед сном не измерил. Ввел обычную дозу инсулина и лег спать. Утром ребенка не могли разбудить, гликемия 2 ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Каковы меры неотложной терапии.
3. Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

Ответ:

1. У подростка тяжелая гипогликемия.
2. Показана неотложная терапия: в/м или п/к введение глюкагона 1 мг. При отсутствии глюкагона - введение врачом СП 10% глюкозы в/в - по 2-3 мл/кг.
3. Контроль гликемии (риск рецидива гипогликемии). После перенесенной тяжелой гипогликемии рекомендуется более высокий уровень целевых показателей гликемии. В дальнейшем подростку необходимо рекомендован плановое снижение дозы инсулина (до 50%) перед и после физической нагрузки, обязательный контроль гликемии после физической нагрузки и ночью.

IV. Заболевания надпочечников

Задача № 15.

Пациент 14 лет, с жалобами на плохой аппетит, потерю веса, слабость, потемнение кожных покровов. Простудные заболевания в последнее время протекают тяжело. При осмотре рост 160, масса тела 40 кг. Кожные покровы смуглые, сухие, гиперпигментация естественных складок кожи, ареол. АД 90/50 мм рт ст.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Составте план лечения пациента.

Ответ:

1. Недостаточность надпочечников. Обоснование: Такие симптомы, как гиперпигментация, гипотония, дефицит веса, слабость, плохой аппетит характерны для надпочечниковой недостаточности.
2. Для подтверждения диагноза показано исследование уровней калия и натрия сыворотки, уровней кортизола, АКТГ, альдостерона, активности ренина плазмы (уровня ренина), проведение АКТГ-теста. Поскольку пациент мужского пола, необходимо для исключения адренолейкодистрофии исследование очень длинноцепочечных жирных кислот в крови или молекулярно-генетическая диагностика.
3. Лечение проводится таблетированным гидрокортизоном и флюдрокортизоном.

Задача № 16.

17-дневный мальчик госпитализирован по поводу рвот и обезвоживания. При осмотре - легкая гиперпигментация сосков. Сывороточный натрий - 120 ммоль/л, сывороточный калий - 7 ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

1. Наиболее вероятный диагноз – сольтеряющая форма ВГКН вследствие дефицита 21-гидроксилазы.
2. В первую очередь надо узнать результат неонатального скрининга, если он проводился. Для подтверждения диагноза необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке венозной крови и проведение молекулярно-генетической диагностики – выявление мутаций гена CYP21A2.

Задача № 17.

Ребенок 22 дней. Жалобы на частые срыгивания, иногда рвоту, не связанные с кормлениями, жидкий стул, потерю массы тела. Родился доношенным с весом 3200, длиной 53. При осмотре вялый, крик слабый, гиперпигментация ареол, гениталий. Тоны сердца приглушены, ЧСС 160 в минуту. АД 60/40. Наружные гениталии – вирилизация III степени по Прадеру.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?
3. Предложите план лечения пациента.

Ответ:

1. Наиболее вероятный диагноз – сольтеряющая форма ВГКН вследствие дефицита 21-гидроксилазы.
2. В первую очередь надо узнать результат неонатального скрининга, если он проводился. Показано исследование уровней натрия и калия сыворотки для подтверждения электролитных нарушений. Для подтверждения диагноза необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке венозной крови и проведение молекулярно-генетической диагностики – выявление мутаций гена CYP21A2. Поскольку наружные половые органы имеют неопределенное строение, показано кариотипирование для установления генетического пола.
3. Лечение начинают с внутримышечного введения гидрокортизона, по мере улучшения состояния переходят к энтеральной терапии таблетированным гидрокортизоном и флюоидкортизоном

Задача № 18.

Мальчик 3 лет с жалобами на ускоренный рост и появление оволосения в подмышечных впадинах и на лобке с 2 летнего возраста. Родился доношенным с весом 3600, длиной 52. При осмотре рост +3,2 SD, АП РIII penis 5x2,5 тестикулы в мошонке 1 мл.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

1. Основной диагноз: Врожденная гиперплазия коры надпочечников вследствие дефицита 21-гидроксилазы. Осложнение: Преждевременное половое развитие, ложное.

2. Для подтверждения этого диагноза необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови и молекулярно-генетическая диагностика – выявление мутаций гена CYP21A2. Если дефицит 21-гидроксилазы будет исключен, показана визуализация надпочечников (УЗИ, КТ, МРТ) для выявления андрогенпродуцирующей опухоли надпочечников.

Задача № 19.

Мальчик 12,5 лет. Жалобы на задержку роста, избыточный вес, упорные головные боли. Родился доношенным с массой тела 3240. Избыточный вес с 7 лет, отставание в росте с 10. При осмотре: рост $-2,0$ SD, преимущественное отложение жира в области туловища, сухость кожи, фолликулярный гиперкератоз, угри, лунообразное лицо, рубец щек, атрофические стрии, оволосение на лобке и в подмышечных впадинах. Размеры яичек 2 мл. АД 130/80 мм рт ст.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

1. АКТГ-зависимый синдром Иценко-Кушинга. Обоснование: Сочетание задержки роста и избыточного веса с характерным кушингоидным распределением жира, наличие атрофических стрий и артериальной гипертензии характерно для синдрома Иценко-Кушинга. Появление полового оволосения при допубертатных размерах яичек может указывать на АКТГ-зависимый синдром Иценко-Кушинга.
2. Для подтверждения диагноза необходимо исследовать уровень кортизола в слюне в 23 ч и провести малый дексаметазоновый тест. Если результаты обоих тестов будут повышены, показано исследование АКТГ в утренние часы. Если АКТГ <10 пг/мл, это будет свидетельствовать об адреналовом синдроме Иценко-Кушинга, в этом случае проводится мультиспиральная КТ надпочечников. Если АКТГ ≥ 10 пг/мл (что в данном случае более вероятно), показана МРТ головного мозга для выявления аденомы гипофиза. В данном случае наиболее вероятно наличие аденомы гипофиза, что позволит сделать заключение о болезни Иценко-Кушинга.

Задача № 20.

У девочки 12 лет, с ростом 142 см, и весом 40 кг при обследовании по поводу болей в животе проведено УЗИ брюшной полости выявлена опухоль правого надпочечника. АД 140/75 мм.

Вопросы по задаче:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

1. Выявление инциденталомы надпочечника у больной с артериальной гипертензией требует исключения субклинического синдрома Иценко-Кушинга, первичного гиперальдостеронизма и феохромоцитомы.
2. Для исключения субклинического синдрома Иценко-Кушинга необходимо исследовать уровень кортизола в слюне в 23 ч и провести малый дексаметазоновый тест. Для исключения первичного гиперальдостеронизма показано исследование уровня альдостерона и активности ренина плазмы (АРП) (уровня ренина) и вычисление соотношения альдостерон/АРП (ренин). В случае повышения этого соотношения для подтверждения диагноза показано проведение

одного из тестов: теста с нагрузкой хлоридом натрия, супрессивного теста с флюдрокортизоном или теста с капотеном. Для исключения феохромоцитомы необходимо исследовать уровни в крови и/или экскрецию с мочой метанефрина и норметанефрина.

V. Нарушения полового развития.

Задача № 21.

У девочки 1,5 лет в течение полугода выявлено увеличение молочных желез до III стадии по Таннеру. Рост средний. AI, PI по Таннеру.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Проведите дифференциальный диагноз.

Ответ:

1. Изолированное преждевременное телархе. Раннее увеличение молочных желез может быть первым симптомом истинного преждевременного полового созревания или наблюдаться при изолированном преждевременном телархе.
2. Для дифференциальной диагностики показаны рентгенография костей кисти и лучезапястных суставов для определения костного возраста, проведение УЗИ матки и яичников, исследование уровней ЛГ, ФСГ и эстрадиола, проведение теста с диферелином

Задача № 22.

Родители 14-летнего мальчика обеспокоены его низким ростом и отставанием в половом развитии. Из анамнеза известно, что родился с весом 3 кг и ростом 50 см, рос и развивался нормально. Последние 2 года отстает от сверстников в росте. Физикальное обследование отклонений не обнаружило. Рост -2,0 SD, телосложение пропорциональное. Подмышечное и лобковое оволосение отсутствует. Размеры яичек 5 мл, длина полового члена - 6 см. AI, PI по Таннеру.

Вопросы по задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

1. Предположительный диагноз – задержка полового развития.
2. План обследования: исследование «костного возраста», базальных уровней гонадотропных гормонов, тестостерона. По результатам обследования «костный возраст», уровни гонадотропных гормонов, тестостерона, антимюллерова гормона, ингибина В соответствуют возрасту начала полового созревания у мальчиков - 11,5- 12 годам, что подтверждает диагноз-задержка полового развития. Хороший прогноз для прогрессирования полового развития и в дальнейшем, нормальной репродуктивной функции

Задача № 23.

15-летний мальчик обратился с жалобами на отсутствие вторичных половых признаков. Рост средний, ИМТ соответствует 97 перцентилю, ложная гинекомастия. Размеры яичек 3 мл, полового члена 4,0×1,5 см. AI, PI по Таннеру.

Вопросы по задаче:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое обследование Вы назначите пациенту?

Ответ:

1. У мальчика выявлен синдром задержки полового развития, сопровождающийся ожирением. Обследование включает проведение дифференциального диагноза между функциональной, темповой задержкой полового развития и гипогонадотропным гипогонадизмом.
2. Для этого необходимо оценить базальные уровни гонадотропных гормонов, тестостерона, антимюллера гормона, ингибина В, провести пробы с аналогами гонадорелина и с хорионическим гонадотропином. Так как у мальчика выявлен избыток массы соответствующей ожирению, рекомендуется также исследование углеводного и жирового обмена.

Задача № 24.

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на избыточную массу тела, отсутствие роста семенников. Рост выше среднего, избыток массы тела по ИМТ- соответствует 87 перцентилю, фемининный тип отложения жира, евнухоидные пропорции, истинная гинекомастия, объем яичек 2.0 см³, размеры полового члена - 7,0х3,0см, AII, PIII по J.Tanner.

Вопросы по задаче:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план обследования.
3. Дайте терапевтические рекомендации.

Ответ:

1. Предполагаемый диагноз – синдром Клайнфельтера. Обоснование: обращает на себя внимание отсутствие корреляции между объемом семенников и стадией полового развития у мальчика.
2. Рекомендуется кариотипирование ребенка. Исследование базальных уровней гонадотропных и половых гормонов.
3. При недостаточной андрогенизации, высоких уровнях гонадотропных гормонов рекомендована заместительная терапия препаратами тестостерона.

Задача № 25.

Родился ребенок с интерсексуальным строением наружных половых органов. Кариотип 46,XX.

Вопросы по задаче:

1. Составьте план обследования.
2. Дайте рекомендации по реабилитации пациента.

Ответ:

1. Первоочередной задачей является исключение у ребенка врожденной гиперплазии коры надпочечников- исследование базального уровня 17- ОН- прогестерона. При нормальном уровне 17-ОН прогестерона рекомендовано обследование ребенка в период минипубертата в условиях эндокринного отделения, с проведением визуализации внутренних гениталий, исследованием базальных и стимулированных уровней половых гормонов, для установление формы НФП.
2. Вопросы тактики реабилитации и выбор пола решается консилиумом (мультидисциплинарной командой специалистов) в соответствии с установленным диагнозом и возможностями формирования фенотипа.

Задача № 26.

Родители девочки 6 лет, обратились с жалобами на задержку роста с раннего возраста. Родилась доношенной с весом 3000 г, длиной 48,5 см, в периоде новорожденности отмечался лимфатический отек стоп. Объективно рост 112 см, вес 22 кг, множественные МАР, в том числе короткая шея, широкая грудная клетка и широко расставленные соски. «Костный» возраст близок к паспортному. В ходе амбулаторного обследования выявлена подковообразная почка.

Вопросы по задаче:

1. Предположительный диагноз у пациента.
2. Составьте план обследования.

Ответ:

1. Предположительный диагноз – синдром Шерешевского-Тернера.
2. В план обследование входит кариотипирование, при выявлении мозаицизма может понадобиться молекулярно-цитогенетическое исследование. В дальнейшее обследование входит исключение других пороков развития ассоциированных с этим синдромом (ВПС, дисгенезия гонад).

Задача № 27.

Родители мальчика 14 лет обратились с жалобами на отсутствие вторичных половых признаков. При осмотре: рост 170 см, вес 74 кг, евнухоидное телосложение, распределение подкожной жировой клетчатки по фемининному типу. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Яички в мошонке около 2,0 мл, пенис 3,0x1,5. PI AI FI. У мальчика снижение обоняния у матери аносемия.

Вопросы по задаче:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования пациента.
3. Дайте рекомендации по лечению.

Ответ:

1. У ребенка гипогонадотропный гипогонадизм, X-сцепленная форма синдрома Каллманна. 2. Для этого необходимо оценить базальные уровни гонадотропных гормонов, тестостерона, антимюллера гормона, ингибина В, провести пробы с аналогами гонадорелина и с хорионическим гонадотропином. При подтверждении диагноза гипогонадотропного

гипогонадизма, рекомендуется также молекулярно-генетическое исследование генов, вовлеченных в формирование его наследственных форм у ребенка и матери.

3. Заместительная терапия может быть проведена препаратами тестостерона средней продолжительности действия, возможна также терапия препаратами гонадотропных гормонов, для стимуляции эндокринной и генеративной функции семенников.

Задача № 28.

Мальчик 1,5 лет, рост 79 см, вес 11 кг. Родители обратились по поводу отсутствия одного яичка в мошонке с рождения. Наружные гениталии сформированы правильно по мужскому типу: пенис 4,0 x 1,5 см, левое яичко в мошонке около 3,0 мл. Половой член и мошонка развиты нормально. Правое яичко не пальпируется.

Вопросы по задаче:

4. Назовите предположительный диагноз.
5. Составьте план обследования пациента.
6. Дайте рекомендации по лечению.

Ответ:

1. Правосторонний крипторхизм. Обоснование: Ребенок имеет среднее физическое развитие, размеры полового члена и яичка соответствуют норме по возрасту. Т.е. генитальных признаков гипогонадизма у ребенка нет. Скорей всего крипторхизм в данном случае обусловлен пороком развития яичка, семенного канатика и/или пахового канала.
2. Исследование базальных и стимулированных уровней гонадотропных и половых гормонов также как и применение препаратов хорионического гонадотропина ребенку не показано.
3. Рекомендации: Оперативное лечение крипторхизма

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».