

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.53 «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

1	Сахарный диабет
1	Группа гиполипидемических препаратов, наиболее предпочтительная у больных с сахарным диабетом
	Производные фибровой кислоты (фибраты)
	Ингибиторы гидроксиметилглутарил-КоА-редуктазы (статины)
	Секвестранты желчных кислот (смолы)
	Препараты никотиновой кислоты
	Омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
2	Препараты выбора для лечения артериальной гипертензии при сахарном диабете
	Бета-блокаторы
	Диуретики
	Антагонисты кальция
	Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
3	В отличие от кетоацидотической комы для гиперосмолярной комы в большинстве случаев характерно следующее проявление
	Дыхание Куссмауля
	Запах ацетона изо рта
	Ацетонурия
	Неврологическая симптоматика параличи, нистагм, судороги
	Дефицит оснований в крови
4	При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения
	Изотонического раствора хлорида натрия
	5% раствора глюкозы
	Гипотонического (0.45%) раствора хлорида натрия
	Реополиглюкина
	Гемодеза
5	Уровень гликированного гемоглобина отражает средний уровень гликемии
	За последние 2-3 дня
	За последний 1 месяц
	За последние 3 месяца
	За последние 6 месяцев
	За последний 1 год
6	Препарат выбора для беременных с сахарным диабетом и артериальной гипертензией
	Гидралазин
	Метилдопа
	Лабеталол
	Эналаприл
	Нифедипин
7	Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности у больных с сочетанием сахарного диабета и ишемической болезни сердца (АССЗ)
	Ниже 3,5 ммоль/л
	Ниже 3,3 ммоль/л
	Ниже 1,8 ммоль/л
	Ниже 2,5 ммоль/л
	Ниже 1,4 ммоль/л

8	Каким пациентам в возрасте 45 лет и старше следует проводить скрининг для выявления нарушений углеводного обмена?
	Абсолютно всем пациентам
	Пациентам с ожирением
	Пациентам с артериальной гипертонией
	Пациентам, вес которых при рождении превышал 4 кг
9	Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов является препаратом первой линии для лечения сахарного диабета 2 типа?
	Метформин
	Лираглутид
	Глибенкламид
	Дапаглифлозин
10	Дапаглифлозин относится к следующему классу сахароснижающих препаратов
	Бигуаниды
	Ингибиторы дипептидилпептидазы-4
	Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
	Аналоги глюкагоноподобного пептида-1
11	Сахароснижающий препарат, способствующий снижению массы тела, но не предназначенный для лечения ожирения
	Натеглинид
	Дапаглифлозин
	Лираглутид
	Росиглитазон
12	Сахароснижающий препарат, наиболее предпочтительный для применения у больных сахарным диабетом 2 типа с застойной сердечной недостаточностью
	Инсулин
	Метформин
	Репаглинид
	Эмпаглифлозин
	Ситаглиптин
13	При использовании помповой инсулинотерапии может применяться инсулин
	Аспарт
	Гларгин
	Детемир
	Аспарт двухфазный
14	Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина у функционально независимого пациента 78 лет с инфарктом миокарда в анамнезе
	Менее 6,5%
	Менее 7,0%
	Менее 7,5%
	Менее 8%
15	Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина у молодых пациентов с сахарным диабетом 2 типа без риска тяжелой гипогликемии и атеросклеротических заболеваний
	Менее 6,5 %
	Ниже 7 %
	Ниже 7,5 %
	Ниже 8 %
16	Среди перечисленных антигипертензивных средств препаратами выбора для лечения артериальной гипертонии при диабетической нефропатии являются
	Бета-блокаторы
	Диуретики

	Антагонисты кальция
	Блокаторы рецепторов ангиотензина II
17	Для синдрома диабетической стопы характерно наличие
	Паралича Белла
	Нейропатии латерального кожного нерва бедра
	Акрального некроза I пальца левой стопы
	Синдрома тарзального канала
18	Для ишемической формы синдрома диабетической стопы характерно
	Акральные некрозы
	Образование язв в местах максимального давления
	Преимущественно безболевая форма
	Парестезии
19	Диабетическая остеоартропатия с формированием стопы Шарко является проявлением
	Нейропатической формы синдрома диабетической стопы
	Ишемической формы синдрома диабетической стопы
	Нейроишемической формы синдрома диабетической стопы
20	Преимущественная локализация язвенного дефекта при нейропатической форме синдрома диабетической стопы
	Подошвенная поверхность стопы в точках плантарного давления
	Наружная лодыжка в нижней трети голени
	Внутренняя лодыжка в нижней трети голени
	Тыльная поверхность стопы
21	Терапия синдрома диабетической стопы включает
	Разгрузку конечности
	Антибактериальную терапию
	Хирургическую обработку и перевязку раны
	Терапию препаратами альфа-липоевой кислоты
	Использование мазей с мочевиной
22	Абсолютным показанием к проведению лазеркоагуляции сетчатки является
	Диабетический макулярный отек
	Непролиферативная стадия диабетической ретинопатии
	Старые фиброзные изменения стекловидного тела
	Пролиферативная стадия диабетической ретинопатии
23	Скорость клубочковой фильтрации при хронической болезни почек в исходе диабетической нефропатии 51 мл/мин/1,73м ² соответствует стадии
	G1
	G3a
	G3b
	G4
24	Этиопатогенез стопы Шарко у больных с синдромом диабетической стопы связан с
	Грибковой инфекцией
	Стафилококковой инфекцией
	Анаэробной инфекцией
	Неинфекционной деструкцией костей и суставов вследствие диабетической нейропатии
25	Для нейропатической формы синдрома диабетической стопы характерно
	Выраженный болевой синдром
	Перебегающая хромота
	Образование язв в местах максимального давления
	Отсутствие пульсации тыльных артерий стопы

26	Стадия деструкции стопы Шарко при синдроме диабетической стопы расценивается как
	Острая стадия
	Подострая стадия
	Хроническая стадия
27	Стадия организации «стопы Шарко» при синдроме диабетической стопы расценивается как
	Острая стадия
	Подострая стадия
	Хроническая стадия
28	Стадия реконструкции стопы Шарко при синдроме диабетической стопы расценивается как
	Острая стадия
	Подострая стадия
	Хроническая стадия
29	Поджелудочная железа является железой
	Внешней секреции
	Внутренней секреции
	Смешанной секреции
30	Инсулин вырабатывается в
	А-клетках поджелудочной железы
	В-клетках поджелудочной железы
	Δ-клетках поджелудочной железы
	PP-клетках поджелудочной железы
31	Для сахарного диабета 2 типа характерно
	Острое начало
	Дефицит массы тела
	Выраженное снижение содержания инсулина в крови
	Избыточная масса тела
32	Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом чаще всего является результатом
	Жирового гепатоза
	Гепатита
	Цирроза
	Сердечной недостаточности
33	В основе развития сахарного диабета 1 типа лежит
	Инсулинорезистентность
	Гиперинсулинемия
	Атеросклероз
	Деструкция β-клеток
34	В структуре распространенности сахарного диабета первое место занимает
	Сахарный диабет 1 типа
	Сахарный диабет 2 типа
	Панкреатогенный сахарный диабет
	Диабет на фоне эндокринопатий
35	Показанием к применению бигуанидов является
	Ожирение
	Сахарный диабет 2 типа на фоне хронических заболеваний, сопровождающихся тканевой гипоксией
	Гипертоническая болезнь
	Сахарный диабет 2 типа

36	Группой сахароснижающих препаратов, разрешенной в РФ к применению у беременных женщин, являются
	Бигуаниды
	Инсулины
	Препараты сульфонилмочевины
	Ингибиторы дипептидилпептидазы-4
37	Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа
	Инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
	Деструкция клеток и абсолютная инсулиновая недостаточность
	Инсулиновая недостаточность и повышение уровня контринсулярных гормонов
	Повышение уровня контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность
38	Укажите признак, характерный для сахарного диабета 1 типа
	Жажда
	Относительный дефицит инсулина
	Постепенное незаметное начало
	Избыточная масса тела
39	Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет
	До 11,1 ммоль/л
	До 8,4 ммоль/л
	До 7,8 ммоль/л
	До 7,2 ммоль/л
40	Резистентность к инсулину может быть вызвана
	Длительными физическими нагрузками
	Патологией инсулиновых рецепторов
	Недостатком массы тела
	Длительностью диабета свыше одного года
41	Диагноз сахарный диабет выставляется при следующем уровне глюкозы крови через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста
	$\leq 7,8$ ммоль/л
	$\geq 6,0$ ммоль/л
	$\geq 11,1$ ммоль/л
	$\geq 7,8$ и $< 11,1$ ммоль/л
42	Норма глюкозы крови натощак в венозной плазме
	$< 6,1$ ммоль/л
	$< 5,6$ ммоль/л
	$< 7,8$ ммоль/л
	$< 11,1$ ммоль/л
43	Класс сахароснижающих препаратов, механизм действия которых связан со снижением инсулинорезистентности
	Ингибиторы альфа-глюкозидаз
	Ингибиторы натрий-глюкозного контрапортера 2 типа
	Тиазолидиндионы
	Производные сульфонилмочевины
44	Сахароснижающий препарат, безопасный для назначения у пациентов при терминальной стадии хронической болезни почек
	Линаглиптин
	Метформин
	Гликлазид
	Лираглутид

45	Сахароснижающие препараты, характеризующиеся низким риском возникновения гипогликемий
	Аспарт
	Метформин
	Эмпаглифлозин
	Репаглинид
	Глибенкламид
46	Сахароснижающие препараты, характеризующиеся высоким риском возникновения гипогликемий
	Лираглутид
	Натеглинид
	Аспарт
	Дапаглифлозин
	Линаглиптин
47	Какие из сахароснижающих препаратов снижают суммарный сердечно-сосудистый риск (МАСЕ) при сахарном диабете 2 типа?
	Метформин
	Препараты сульфонилмочевины
	Препараты инсулина пролонгированного действия
	Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
48	Методами купирования тяжелой гипогликемии являются
	Прием 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов
	Введение 40% раствора глюкозы
	Введение глюкагона
	Введение инсулина
49	Какие сахароснижающие препараты снижают риск возникновения хронической сердечной недостаточности при сахарном диабете 2 типа?
	Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
	Метформин
	Секретагоги
	Тиазолидиндионы
	Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1
50	Одним из критериев диагностики сахарного диабета является гликемия венозной плазмы натощак более или равная
	7,0 ммоль/л
	6,5 ммоль/л
	6,0 ммоль/л
	6,1 ммоль/л
51	Одним из критериев диагностики сахарного диабета является гликемия венозной плазмы через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста более или равная
	11,1 ммоль/л
	7,8 ммоль/л
	6,5 ммоль/л
	8,5 ммоль/л
52	Одним из критериев диагностики сахарного диабета является уровень гликированного гемоглобина более или равный
	6,5 %
	7,5 %
	6,0 %
	7,0 %

53	Признаками кардиоваскулярной автономной нейропатии являются
	Снижение вариабельности сердечного ритма
	Тахикардия покоя
	Ортостатическая гипотензия
	Боли за грудиной
	Одышка при физических нагрузках
54	С-пептид является
	Показателем эндогенной секреции инсулина
	Контринсулярным гормоном
	Показателем активности воспалительного процесса
	Показателем компенсации сахарного диабета
55	При диабетической микроангиопатии поражаются сосуды
	Глазного дна (ретинопатия)
	Коронарные сосуды
	Церебральные сосуды
	Магистральные сосуды конечностей
56	Для непролиферативной диабетической ретинопатии характерно наличие
	Микроаневризм
	Венозных аномалий
	Инtrarетинальных микрососудистых аномалий
	Крупных ретинальных геморрагий
57	Для препролиферативной диабетической ретинопатии характерно наличие
	Инtrarетинальных микрососудистых аномалий
	Неоваскуляризации диска зрительного нерва
	Интравитреальные кровоизлияния
	Фиброзной ткани в области кровоизлияний
58	Стадии С1 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации
	Более или равная 90 мл/мин/1,73 м ²
	60-89 мл/мин/1,73 м ²
	45-59 мл/мин/1,73 м ²
	30-44 мл/мин/1,73 м ²
59	Стадии С2 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации
	60-89 мл/мин/1,73 м ²
	30-44 мл/мин/1,73 м ²
	45-59 мл/мин/1,73 м ²
	Более или равная 90 мл/мин/1,73 м ²
60	Стадии С3а хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации
	45-59 мл/мин/1,73 м ²
	60-89 мл/мин/1,73 м ²
	30-44 мл/мин/1,73 м ²

	Более или равная 90 мл/мин/1,73 м2
61	Стадии С3б хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации
	30-44 мл/мин/1,73 м2
	60-89 мл/мин/1,73 м2
	Более или равная 90 мл/мин/1,73 м2
	45-59 мл/мин/1,73 м2
62	Стадии С5 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации
	Менее 15 мл/мин/1,73 м2
	60-89 мл/мин/1,73 м2
	45-59 мл/мин/1,73 м2
	30-44 мл/мин/1,73 м2
63	Категории А1 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует суточная экскреция альбумина
	Менее 3 мг/24 часа
	10-100 мг/24 часа
	Менее 30 мг/24 часа
	30-300 мг/24 часа
64	Категории А2 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует суточная экскреция альбумина
	3-30 мг/24 часа
	30-300 мг/24 часа
	10-100 мг/24 часа
	Более 300 мг/24 часа
65	Категории А3 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует суточная экскреция альбумина
	Более 300 мг/24 часа
	3-30 мг/24 часа
	30-300 мг/24 часа
	10-100 мг/24 часа
66	Основным методом исследования при диагностике ИБС у пациентов с сахарным диабетом является
	Электрокардиография
	Коронарография
	Тредмил-тест
	Стресс-эхокардиография
67	Заболевание артерий нижних конечностей у пациента с сахарным диабетом подтверждается при
	Наличии жалоб перемежающаяся хромота, купирующаяся остановкой, или боли покоя, купирующиеся приемом анальгетиков
	Снижении или отсутствии пульсации на тыльной артерии стопы или задней большеберцовой артерии у медиальной лодыжки
	Наличии жалоб боли в стопах различной интенсивности в покое, чаще в ночные и вечерние часы, онемение, парестезии, зябкость стоп, судороги в мышцах голеней и стоп
	Снижении вибрационной и температурной чувствительности

68	Нормальное значение лодыжечно-плечевого индекса
	1,0-1,3
	0,91-0,99
	Более 1,3
	0,4-0,91
69	Заболевание артерий нижних конечностей у пациента с сахарным диабетом подтверждается при
	Монофазной или двухфазной форме доплеровской волны или ее отсутствии на одной из артерий стопы
	ЛПИ менее 0,9 как минимум на одной из артерий стопы
	Снижении проводимости по нервам нижних конечностей при ЭНМГ
	Лодыжечном артериальном давлении < 50 мм рт.ст
70	Для критической ишемии нижних конечностей характерно пороговое значение чрескожного напряжения кислорода менее
	25 мм.рт.ст.
	30 мм.рт.ст.
	40 мм.рт.ст.
	45 мм.рт.ст.
71	Ишемическая форма синдрома диабетической стопы характеризуется
	Наличием акральных некрозов
	Образованием язв в местах максимального давления
	Безболевым течением
	Парестезиями
72	Преимущественная локализация язвенного дефекта при нейропатической форме синдрома диабетической стопы - это
	Подошвенная поверхность стопы в точках плантарного давления
	Наружная лодыжка в нижней трети голени
	Внутренняя лодыжка в нижней трети голени
	Тыльная поверхность стопы
73	Методом диагностики первой линии для анатомической оценки поражения при заболевании артерий нижних конечностей является
	Ультразвуковое дуплексное сканирование
	Магнитно-резонансная ангиография
	Мультиспиральная компьютерная ангиография
	Рентгенконтрастная ангиография
74	Одним из критериев диагностики хронической сердечной недостаточности при сахарном диабете является уровень N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида
	Более 125 пг/мл
	Более 100 пг/мл
	Менее 125 пг/мл
	Менее 100 пг/мл
75	Скрининг диабетической периферической нейропатии при сахарном диабете 2 типа проводится
	С момента установления диагноза
	Через 2 года от дебюта заболевания
	Через 5 лет от дебюта заболевания
	Через 10 лет от дебюта заболевания

76	Частота сердечных сокращений при кардиоваскулярной автономной нейропатии, проявляющейся тахикардией в покое, составляет более
	100 ударов в минуту
	90 ударов в минуту
	80 ударов в минуту
	70 ударов в минуту
77	Диабетическая гастроинтестинальная автономная нейропатия характеризуется наличием симптомов
	Дисфагия, боли в животе, ощущение переполнения желудка
	Чередование диареи и запоров
	Боли и тяжесть в правом подреберье, тошнота
	Мышечная слабость
	Нечувствительность к гипогликемии
78	Скрининг диабетической ретинопатии при сахарном диабете 2 типа проводится
	При постановке диагноза
	Через 1 год после дебюта заболевания
	Через 5 лет после дебюта заболевания
	Через 10 лет после дебюта заболевания
79	Офтальмологические осмотры проводятся пациентам с сахарным диабетом 2 типа
	При постановке диагноза, далее не реже 1 раза в год
	3 раз в год
	2 раз в год
	Не позднее, чем через 5 лет после постановки диагноза, далее не реже 1 раза в год
80	Обязательным методом офтальмологического обследования при диабетической ретинопатии является
	Офтальмоскопия при расширенном зрачке
	Фотографирование глазного дна
	Флюоресцентная ангиография глазного дна
	Оптическая когерентная томография сетчатки
81	Дополнительным методом офтальмологического обследования при диабетической ретинопатии является
	Флюоресцентная ангиография глазного дна
	Определение остроты зрения
	Биомикроскопия переднего отрезка глаза при расширенном зрачке
	Измерение внутриглазного давления
82	Гликированный гемоглобин при хронической болезни почек у больных сахарным диабетом требуется определять
	1 раз в 3 месяца
	1 раз в год
	1 раз в 6 месяцев
	1 раз в месяц
83	У пациентов с сахарным диабетом с хронической болезнью почек на стадии С3 для оценки риска переломов требуется проводить
	Исследование минеральной плотности костей
	Рентгенографию лучевой кости
	Магнитно-резонансную томографию поясничного отдела позвоночника

	Ультразвуковое исследование шейного отдела позвоночника
84	У пациентов с сахарным диабетом с хронической болезнью почек на диализе необходимо исследовать
	Кальций
	Фосфор
	Паратгормон
	Магний
	Витамин Д
85	У пациентов с сахарным диабетом с хронической болезнью почек на диализе необходимо ограничить потребление с пищей
	Фосфора
	Кальция
	Магния
	Калия
86	Оценка скорости клубочковой фильтрации у пациентов с сахарным диабетом и хронической болезнью почек после визуализирующих исследований с внутривенным введением йодсодержащих рентгенконтрастных препаратов проводится через
	48-96 часов
	14 суток
	12 часов
	2 часа
87	При тяжелой степени диабетического кетоацидоза калий сыворотки
	Менее 3,5 ммоль/л
	Менее 4,0 ммоль/л
	Более 3,5 ммоль/л
	Менее 4,5 ммоль/л
88	Ph артериальной крови при легкой степени тяжести диабетического кетоацидоза
	7,25 - 7,3
	7,0 - 7,24
	<7,0
	>7,4
89	Ph артериальной крови при умеренной степени тяжести диабетического кетоацидоза
	7,25-7,3
	7,0-7,24
	<7,0
	>7,4
90	Ph артериальной крови при тяжелой степени диабетического кетоацидоза менее
	7,25-7,3
	7,0-7,24
	<7,0
	>7,4
91	Осмолярность плазмы при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии составляет
	Более 320 мосмоль/л
	Более 300 мосмоль/л

	285-295 мосмоль/л
	Менее 320 мосмоль/л
92	К стрессовому относят лейкоцитоз при острых осложнениях сахарного диабета
	Менее 15000 в 1 мл
	Более 15000 в 1 мл
	Менее 10000 в 1 мл
	Более 25000 в 1 мл
93	Уровень бикарбоната плазмы при легкой степени тяжести диабетического кетоацидоза
	15-18 ммоль/л
	18-20 ммоль/л
	10-15 ммоль/л
	Менее 10 ммоль/л
94	Уровень бикарбоната плазмы при средней степени тяжести диабетического кетоацидоза
	10-15 ммоль/л
	Менее 10 ммоль/л
	15-18 ммоль/л
	18-20 ммоль/л
95	Уровень бикарбоната плазмы при тяжелой степени диабетического кетоацидоза
	Менее 10 ммоль/л
	15-18 ммоль/л
	18-20 ммоль/л
	10-15 ммоль/л
96	Гипогликемией уровня 1 при сахарном диабете считается значение глюкозы плазмы
	От 3 до 3,9 ммоль/л
	Менее 3 ммоль/л
	Менее 2 ммоль/л
	От 1 до 1,9 ммоль/л
97	Гипогликемией уровня 2 при сахарном диабете считается значение глюкозы плазмы
	Менее 3 ммоль/л
	От 3 до менее 3,9 ммоль/л
	Менее 2 ммоль/л
	От 1 до 1,9 ммоль/л
98	Начальная доза инсулина короткого действия при диабетическом кетоацидозе составляет
	0,1-0,15 ЕД/кг реальной массы тела в/в болюсно
	0,1 ЕД/кг реальной массы тела в/в капельно
	5-10 ЕД/ч в/в капельно
	0,2-0,4 ЕД/кг реальной массы тела в/в болюсно
99	Ежечасная доза инсулина при диабетическом кетоацидозе составляет
	0,1 ЕД/кг/ч
	0,2 ЕД/кг/ч
	0,5 ЕД/кг/ч
	5-10 ЕД/ч

100	Оптимальная скорость снижения глюкозы плазмы при диабетическом кетоацидозе составляет
	3-4 ммоль/л/ч
	Не менее 5 ммоль/л/ч
	5-6 ммоль/л/ч
	4-5 ммоль/л/ч
101	Для регидратации при диабетическом кетоацидозе используется
	0,9 % физиологический раствор
	Раствор рингера
	Раствор рингера-локка
	Раствор хартманна
102	Начальная скорость регидратации 0,9% раствором NaCl при диабетическом кетоацидозе составляет в первый час
	1-1,5 л
	0,5 л
	250-300 мл
	50-100 мл/кг реальной массы тела
103	Если уровень калия неизвестен, в/в инфузию калия начинают одновременно с введением инсулина со скоростью
	1,5 г в час
	2 г в час
	1 г в час
	2,5-3 г в час
104	Показанием к введению бикарбоната натрия при диабетическом кетоацидозе является pH крови
	$\leq 6,9$
	$> 7,0$
	$< 7,3$
	$< 7,25$
105	Показанием к введению бикарбоната натрия при диабетическом кетоацидозе является уровень стандартного бикарбоната
	< 5 ммоль/л
	15-18 ммоль/л
	10-15 ммоль/л
	< 10 ммоль/л
106	Регидратационную терапию при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии при уровне скорректированного $\text{Na}^+ > 165$ ммоль/л начинают с введения
	5% раствора глюкозы
	0,45% физиологического раствора
	0,9% физиологического раствора
	Раствора Рингера
107	Начальная доза инсулина короткого действия при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии составляет
	0,5-2 ЕД/ч
	0,1 ЕД/кг реальной массы тела
	5-10 ЕД/ч

	0,2 – 0,4 ЕД/кг реальной массы тела
108	Для лечения легкой гипогликемии пациенту с сахарным диабетом рекомендуется
	Прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
	Введение 1 мг глюкагона п/к
	Прием 3-4 хлебных единиц медленно усваиваемых углеводов
	Введение 40 мл 40% раствора глюкозы в/в струйно
109	Для лечения тяжелой гипогликемии у пациента с сахарным диабетом применяется
	Введение 40-100 мл 40% раствора глюкозы в/в струйно
	Прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
	Прием 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3–4 г) или 1-2 тубы с углеводным сиропом (по 5-10 г углеводов)
	Прием 3-4 хлебных единиц медленно усваиваемых углеводов
110	Основным методом лечения диабетической ретинопатии является
	Лазерная коагуляция сетчатки
	Витрэктомия
	Интравитреальное введение стероидов
	Применение ангиопротекторов
111	Целевой уровень гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом на диализе
	Не установлен
	< 6,5%
	7,0-7,5%
	< 7,5%
112	Препаратами выбора для лечения диабетической нефропатии являются
	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	Тиазидные диуретики
	Антагонисты кальция
	Бета-блокаторы
113	При остром коронарном синдроме в качестве сахароснижающей терапии могут использоваться
	Препараты сульфонилмочевины
	Препараты инсулина
	Бигуаниды
	Тиазолидиндионы
114	Показанием для инсулинотерапии у больных сахарным диабетом и острым коронарным синдромом является
	Глюкоза плазмы стойко выше 10 ммоль/л
	Глюкоза плазмы менее 6,0 ммоль/л
	Проведение рентгеноконтрастных вмешательств
	Глюкоза плазмы перед едой в течение суток 6,1–7,8 ммоль/л
115	Целевым уровнем гликемии у больных с острым коронарным синдромом является
	Глюкоза плазмы перед едой в течение суток 6,1–7,8 ммоль/л
	Глюкозы плазмы перед едой в течение суток менее 6,0 ммоль/л.
	Глюкоза плазмы после еды выше 10 ммоль/л
	Глюкоза плазмы натощак выше 10 ммоль/л

116	Для лечения острой стадии диабетической нейроостеоартропатии используется
	Разгрузка пораженного сустава с помощью индивидуальной разгрузочной повязки
	Ношение ортопедической обуви
	Адекватный подиатрический уход с целью профилактики развития хронических раневых дефектов в зонах избыточного нагрузочного давления на стопе
	Хирургическая ортопедическая коррекция
117	При выполнении мероприятий повседневной активности функционально независимые пациенты с сахарным диабетом
	Не нуждаются в помощи
	Регулярно нуждаются в посторонней помощи по причине ухудшения их функционального статуса
	Регулярно нуждаются в посторонней помощи, так как имеют тяжелые нарушения когнитивных функций
	Регулярно нуждаются в посторонней помощи ввиду развития старческой саркопении
118	Основным требованием к сахароснижающим препаратам у пожилых больных сахарным диабетом 2 типа является
	Минимальный риск гипогликемии
	Выраженный сахароснижающий эффект
	Длительное действие
	Влияние на снижение массы тела
119	Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально независимых пациентов без атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии является гликированный гемоглобин менее
	7,5 %
	7,0 %
	8,0 %
	8,5 %
120	Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально независимых пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или риском тяжелой гипогликемии является гликированный гемоглобин менее
	8,0 %
	7,0 %
	7,5 %
	8,5 %
121	Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально зависимых пациентов без старческой астении и/или деменции является гликированный гемоглобин менее
	8,0 %
	7,0 %
	7,5 %
	8,5 %
122	Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально зависимых пациентов со старческой астенией и/или деменцией является гликированный гемоглобин менее
	8,5 %
	7,0 %
	7,5 %
	8,0 %
123	Целевой уровень липопротеинов низкой плотности для пациентов с сахарным диабетом с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями или с протеинурией, или с большими факторами риска (курение, выраженная гиперхолестеринемия, выраженная артериальная гипертензия) составляет менее

	1,4 ммоль/л
	2,5 ммоль/л
	3,5 ммоль/л
	5,0 ммоль/л
124	Целевой уровень липопротеинов низкой плотности для пациентов с сахарным диабетом без атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, без протеинурии и без больших факторов риска (курение, выраженная гиперхолестеринемия, выраженная артериальная гипертензия) составляет менее
	2,5 ммоль/л
	1,8 ммоль/л
	3,5 ммоль/л
	5,0 ммоль/л
125	Целевые уровни показателей артериального давления для пациентов с сахарным диабетом старше 65 лет составляют
	Систолическое АД, ≥ 130 и < 140 мм рт.ст. Диастолическое АД, ≥ 70 и < 80 мм рт.ст.
	Систолическое АД, ≥ 120 и < 130 мм рт.ст. Диастолическое АД, ≥ 70 и < 80 мм рт.ст.
	Систолическое АД, ≥ 120 и < 140 мм рт.ст. Диастолическое АД, ≥ 70 и < 80 мм рт.ст.
	Систолическое АД, ≥ 130 и < 140 мм рт.ст. Диастолическое АД, ≥ 80 и < 90 мм рт.ст.
126	Больным сахарным диабетом с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии
	Ингибиторов натрийглюкозного котранспортера 2 типа
	Препаратов сульфонилмочевины
	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
	Препаратов инсулина ультракороткого действия
127	Больным сахарным диабетом с хронической болезнью почек рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии
	Ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера-2 типа
	Препаратов сульфонилмочевины
	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
	Препаратов инсулина ультракороткого действия
128	В качестве приоритетного препарата при инициации сахароснижающей терапии рекомендуется использование
	Метформина
	Инсулина
	Препаратов сульфонилмочевины
	Ингибиторов натрийглюкозного котранспортера 2 типа
129	В составе любой комбинации 2 и более сахароснижающих препаратов при отсутствии противопоказаний следует использовать
	Метформин
	Препараты сульфонилмочевины
	Инсулин
	Ингибиторы натрийглюкозного котранспортера 2 типа
130	У больных сахарным диабетом с хронической сердечной недостаточностью или с высоким риском развития хронической сердечной недостаточности рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии
	Ингибиторов натрийглюкозного котранспортера 2 типа
	Метформина
	Препаратов сульфонилмочевины
	Инсулина

131	У больных сахарным диабетом с множественными сердечно-сосудистыми факторами риска преимущество имеет назначение
	Агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
	Метформина
	Препаратов сульфонилмочевины
	Инсулина
132	Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые
	3 месяца
	6 месяцев
	9 месяцев
	12 месяцев
133	Изменение (интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (т.е. при отсутствии достижения индивидуальных целей гликированного гемоглобина) выполняется не позднее чем через
	6 месяцев
	3 месяца
	12 месяцев
	9 месяцев
134	Если исходный показатель гликированного гемоглобина находится в целевом диапазоне или превышает индивидуальный целевой уровень менее чем на 1.0 %, то лечение можно начинать с
	Монотерапии пероральным сахароснижающим препаратом
	Комбинации 2 сахароснижающих препаратов
	Комбинации 3 сахароснижающих препаратов
	Комбинации инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами
135	Если исходный показатель гликированного гемоглобина превышает индивидуальный целевой уровень на 1.0-2.5%, то в качестве стартовой терапии следует рассмотреть
	Комбинацию 2 сахароснижающих препаратов
	Монотерапию пероральным сахароснижающим препаратом
	Комбинацию 3 сахароснижающих препаратов
	Комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами
136	Если исходный показатель гликированного гемоглобина превышает индивидуальный целевой уровень более чем на 2.5% и присутствуют выраженные клинические симптомы метаболической декомпенсации, то в качестве стартовой терапии следует рассмотреть
	Комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами
	Монотерапию пероральным сахароснижающим препаратом
	Комбинацию 2 сахароснижающих препаратов
	Комбинацию 3 сахароснижающих препаратов
137	Показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа является уровень гликированного гемоглобина, превышающий индивидуальный целевой уровень
	Более чем на 2,5%
	Менее чем на 1,0 %
	На 1,0-2,5%
	Более чем на 3,5%
138	Показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа является наличие
	Противопоказаний к назначению других сахароснижающих препаратов
	Множественных сердечно-сосудистых факторов риска у пациента
	Хронической болезни почек у пациента в анамнезе
	Хронической сердечной недостаточности или высокого риска развития хронической сердечной недостаточности у пациента
139	Абсолютным показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа является наличие

	Кетоацидоза
	Острого коронарного синдрома
	Хронической почечной недостаточности
	Сердечной недостаточности
140	У больных сахарным диабетом с хронической болезнью почек С 1-3а (СКФ ≥ 45 мл/мин/1,73 м ²) рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии
	Ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа
	Тиазолидиндионов
	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
	Препаратов инсулина ультракороткого действия
141	У больных сахарным диабетом с хронической болезнью почек С 5 (СКФ <15 мл/мин/1,73 м ²) безопасно использование в составе сахароснижающей терапии
	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4, кроме гозоглиптина
	Тиазолидиндионов
	Ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера-2
	Агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
142	У больных сахарным диабетом с ожирением предпочтительно использование в составе сахароснижающей терапии
	Агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
	Тиазолидиндионов
	Препаратов инсулина ультракороткого действия
143	У больных сахарным диабетом с высоким риском гипогликемии рекомендовано использование в составе сахароснижающей терапии
	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
	Препаратов инсулина ультракороткого действия
	Препаратов сульфонилмочевины
	Препаратов инсулина длительного действия
144	Инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа проводится в
	Интенсифицированном режиме
	Режиме многократных инъекций перед едой
	Режиме базал плюс
	Базальном режиме
145	Доза прандиального инсулина при сахарном диабете 1 типа рассчитывается исходя из
	Количества углеводов в пище
	Массы тела пациента
	Уровня предпрандиальной гликемии
	Уровня гликемии натощак
146	Пациентам с сахарным диабетом 1 типа рекомендуется проводить самоконтроль гликемии по глюкометру не менее
	4 раз в сутки
	12 раз в сутки
	7 раз в сутки
	1 раз в сутки
147	Профилактика гипогликемии при кратковременной физической активности (не более 2 часов) при сахарном диабете 1 типа включает
	измерение гликемии перед и после физической активности
	прием 1-2 ХЕ (медленно усваиваемых углеводов) до и после физической активности
	контроль кетоновых тел в моче перед и после физической активности
	увеличение скорости базальной инфузии инсулина через инсулиновую помпу на 30-50% за 1-2 часа до нагрузки и на всем ее протяжении

148	Сахароснижающие препараты, используемые для первичной профилактики атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом 2 типа
	дулаглутид
	лираглутид
	семаглутид
	дапаглифлозин
149	Сахароснижающие препараты, используемые для вторичной профилактики атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом 2 типа
	дулаглутид
	лираглутид
	семаглутид
	дапаглифлозин
	глибенкламид
	аспарт
150	Профилактика диабетической ретинопатии включает
	поддержание индивидуальных целевых уровней гликемического контроля
	достижение целевого АД
	коррекцию дислипидемии
	лазерную коагуляцию сетчатки
	применение ангиопротекторов, антиоксидантов, ферментов и витаминов
151	Профилактика диабетической нейроостеоартропатии включает
	Достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемического контроля
	Своевременное выявление и динамическое наблюдение за пациентами группы риска диабетической нейроостеоартропатии
	Ношение специализированной ортопедической обуви и стелек
	Назначение тиоктовой кислоты
	Назначение курсов витаминов группы В
152	Профилактика синдрома диабетической стопы включает
	Достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемического контроля
	Обучение больных и их родственников правилам ухода за ногами и выбора обуви
	Назначение тиоктовой кислоты
	Назначение курсов витаминов группы В
153	Профилактика синдрома диабетической стопы включает
	Раннее выявление больных, входящих в группу риска синдрома диабетической стопы
	Адекватная ортопедическая помощь больным с деформациями стоп, перенесшим ампутации в пределах стопы
	Регулярное посещение кабинета диабетической стопы для осмотра и подиатрического ухода
	Физиотерапию
	Назначение трициклических антидепрессантов
154	Профилактика развития сахарного диабета 2 типа включает
	Выявление групп риска сахарного диабета 2 типа
	Изменение образа жизни
	Назначение метформина
	Назначение ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера
	Исключение коровьего молока и глютенa из рациона детей раннего возраста
155	Реабилитация пациентов с диабетической ретинопатией включает
	подбор очков, в том числе с дополнительным увеличением и встроенными монокулярами

	лазерную коагуляцию сетчатки
	подбор специальных средств для получения информации для инвалидов с нарушением зрения
	инъекции афлиберцепта
156	Реабилитация пациентов с синдромом диабетической стопы включает
	разгрузку нижних конечностей, в т.ч. ношение иммобилизирующей разгрузочной повязки, полубашмака, пневмоортеза
	протезирование нижней конечности
	согревание ног грелкой
	реваскуляризация нижних конечностей
1	Нейроэндокринные заболевания
157	Пациентам с акромегалией и поражением суставов в качестве реабилитации рекомендованы
	регулярные физические упражнения не менее 3-х раз в неделю
	ортопедические стельки и ортопедическая обувь
	ортезы, ортопедические корсеты
	заместительная терапия соматотропным гормоном после оперативного лечения
	уход за стопами, смазывание кремом, содержащим мочевины
158	Пациентам с акромегалией и поражением височно-нижнечелюстного сустава, а также имеющим прогнатизм, диастему и ограничение открывания рта в качестве реабилитации рекомендованы
	физиотерапия
	ортодонтическая помощь с установкой сложных ортодонтических несъемных конструкций
	хирургическая коррекцию размеров и положения нижней челюсти
	протезирование зубов
159	Для подтверждения активной стадии акромегалии проводят
	Исследование базального уровня СТГ
	Исследование СТГ в ходе орального глюкозотолерантного теста
	Пробу с сухоедением
	Пробу с тиролиберинем
160	Секрецию пролактина подавляет
	Стресс
	Тиролиберин
	Дофамин
	Длительное голодание
161	Адренкортикотропный гормон (АКТГ) вызывает
	Усиление синтеза кортизола в надпочечниках
	Усиление синтеза тестостерона в гонадах
	Усиление синтеза эстрогенов в гонадах
	Снижение синтеза альдостерона
	Усиление синтеза адреналина
162	Окситоцин синтезируется
	В передней доле гипофиза
	В задней доле гипофиза
	В коре головного мозга
	В гипоталамусе
	В мозжечке
163	В понятие болезни Иценко - Кушинга включают
	АКТГ-продуцирующую аденому гипофиза
	Глюкостерому
	Хроническую передозировку гидрокортизона
	АКТГ-эктопированный синдром

164	Основным методом лечения инсулиномы является
	Лучевой
	Физиотерапевтический
	Медикаментозный
	Хирургический
165	У больной 27 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной
	Психогенная полидипсия
	Несахарный диабет
	Сахарный диабет
	Хронический пиелонефрит
166	Секрецию соматотропного гормона подавляет
	Глюкагон
	Эстрогены
	Серотонин
	Соматостатин
	Соматомедины
167	Наиболее частая локализация глюкагономы
	Тонкий кишечник
	Желудок
	Толстый кишечник
	Поджелудочная железа
168	У пациентов больных акромегалией при хиазмальном синдроме показано
	Хирургическое лечение
	Лучевая терапия
	Применение препарата бромкриптин
	Сочетанная лучевая и медикаментозная терапия
	Сочетание хирургической и лучевой терапии
169	Диагноз акромегалии подтверждается
	При повышении уровня инсулиноподобного фактора роста-1
	При уровне соматотропного гормона более 1 нг/мл в ходе глюкозотолерантного теста
	При выявлении сахарного диабета
	При выявлении артериальной гипертензии
170	У женщины 44 лет отмечаются резкое увеличение размера кистей и стоп, укрупнение черт лица, головные боли, сахарный диабет. О каком заболевании, вероятно, идет речь?
	Акромегалия
	Гиперкортицизм
	Болезнь Педжета
	Ревматоидный полиартрит
171	Для вторичного гипокортицизма характерно
	Более тяжелое течение по сравнению с первичным гипокортицизмом
	Не развивается дефицит минералокортикоидов
	Меланодермия
	Является наиболее частым осложнением черепно-мозговых травм
	Диагноз устанавливается на основании рентгенологической краниографии
172	Наиболее распространенной аденомой гипофиза является
	Соматотропинома
	Тиреотропинома
	Гонадотропинома

	Кортикотропинома
	Пролактинома
173	У пациента с признаками гиперкортицизма выявлена эндоселлярная аденома гипофиза размером 6 мм, большая проба с дексаметазоном показала снижение кортизола в крови на 65%. В качестве лечения предпочтительно
	Трансфеноидальная аденомэктомия
	Двусторонняя адреналэктомия
	Лечение митотаном
	Лечение аминоклутетемидом
	Лечение бромокриптином
174	Развитие вторичного гипотиреоза связано с
	Увеличением секреции тиролиберина
	Уменьшением секреции тиролиберина
	Резистентностью ткани щитовидной железы к ТТГ
	Увеличением секреции ТТГ
	Уменьшением секреции ТТГ
175	Основной метод лечения гиперпролактинемического гипогонадизма
	Медикаментозная терапия агонистами дофамина
	Хирургическое лечение
	Лучевая терапия
	Циклическая терапия эстроген-гестагенными препаратами
	Терапия гонадотропинами
176	При исследовании крови натощак при инсулиноме часто выявляют
	Повышение уровня иммунореактивного инсулина
	Повышение уровня проинсулина
	Снижение уровня С-пептида
	Повышение уровня глюкозы
	Снижение уровня гликемии ниже 2.8 ммоль/л
177	Лабораторным маркером несахарного диабета является
	Повышение объема выделяемой мочи
	Повышение удельного веса мочи
	Снижение удельного веса мочи
	Снижение объема мочи
	Бактериурия
178	Для топической диагностики соматотропин-секретирующей опухоли гипофиза используется
	МРТ гипофиза с контрастированием
	Определение уровня инсулиноподобного фактора роста-1
	Пероральный глюкозотолерантный тест с определением уровня соматотропного гормона
	Определение уровня ритмической секреции соматотропного гормона
179	Для пациентов с акромегалией характерны жалобы
	На гипертермию лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
	На тремор рук и век, потливость, снижение веса, повышение температуры тела
	На утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
	На сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела
180	При супраселлярном росте аденомы гипофиза возможно развитие следующего осложнения
	Заложенность носа, ликворея
	Птоз, диплопия, офтальмоплегия
	Битемпоральная гемианопсия
	Окклюзионная гидроцефалия

181	Противопоказанием к хирургическому вмешательству при аденоме гипофиза является
	Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации
	Наличие макроаденомы с нарушением зрительных функций
	Наличие выраженной краниалгии
	Постепенное увеличение размеров опухоли
182	Патогенез третичного гипотиреоза обусловлен
	Уменьшением синтеза тиролиберина
	Аутоиммунным процессом в щитовидной железе
	Увеличением секреции ТТГ
	Секрецией биологически неактивного ТТГ
	Увеличением синтеза тиролиберина
183	Наиболее эффективный метод лечения при болезни Иценко-Кушинга
	Облучение гипофизарной области
	Хирургическая аденомэктомия
	Применение аналогов соматостатина
	Удаление одного или двух надпочечников
	Аутотрансплантация коры надпочечника
184	Для дифференциальной диагностики центральной и почечной форм несахарного диабета можно использовать
	Пробное лечение препаратами минералокортикоидов
	Пробу с сухоядением
	Пробу с десмопрессином
	Пробу с водной нагрузкой
	Тщательное исследование функции почек
185	Основной причиной синдрома Шихана является
	Облучение гипофиза
	Послеродовый инфаркт гипофиза
	Аденома гипофиза
	Феохромацитомы
	Аневризма внутренней сонной артерии
186	Повышенный уровень АКТГ при высоком уровне кортизола свидетельствует
	О первичном гипокортицизме
	О наличии кортикотропиномы
	О нормальной функции коры надпочечников
	О наличии альдостеромы
187	Этиологическими факторами акромегалии являются
	Соматотропинома
	Соматомаммотропная опухоль гипофиза
	Опухоль гипоталамуса
	Черепно-мозговая травма
	Туберкулезный менингит
188	При медикаментозном лечении акромегалии используют
	Антитела к соматотропному гормону
	Эстрогены
	Антагонисты дофамина
	Синтетические аналоги соматостатина
189	К селективным агонистам дофамина относится
	Каберголин
	Бромкриптин
	Лираглутид

	Октреотид
190	К супрессивным функциональным пробам для диагностики гипоталамо-гипофизарных заболеваний относится
	Проба с хорионическим гонадотропином
	Пероральный глюкозотолерантный тест
	Проба с синактеном
	Проба с инсулиновой гипогликемией
191	При изолированном синдроме Золлингера - Эллисона выявляют
	Острое развитие язвенной болезни с резкими болями в подложечной области
	Гиперсекрецию желудочного сока
	Запоры
	Гипергликемию
192	К гормонально-активным аденомам гипофиза относятся
	Пролактиномы
	Соматотропиномы
	Онкозомы
	Кортикотропиномы
	Краниофарингиомы
193	Ятрогенная гиперпролактинемия развивается при длительном применении
	Противорвотных препаратов центрального действия
	Кортикостероидов
	Агонистов дофамина
	Нейролептиков
194	При синдроме неадекватной секреции антидиуретического гормона (АДГ) наблюдается
	Гипонатриемия
	Гипернатриемия
	Гиперкальциемия
	Гипогликемия
	Гипокалиемия
195	Современные критерии полной ремиссии акромегалии
	Отсутствие клинических признаков активности
	Базальный уровень СТГ менее 2,5 нг/мл
	Минимальный уровень СТГ на фоне ОГТТ менее 1 нг/мл
	Повышенный уровень ИФР
	Уровень ИФР соответствует норме по полу и возрасту
196	Для несахарного диабета характерны
	Выраженная полиурия, несвязанная с восполнением теряемой жидкости
	Выраженная полиурия, снижающаяся при восполнении теряемой жидкости
	Никтурия, нарушения сна
	Отсутствии никтурии, спокойный ночной сон
	Предпочтение холодной / ледяной воды
197	Этиологические факторы приобретенного центрального несахарного диабета
	Травма (нейрохирургические операции, ЧМТ)
	Метаболические нарушения (гиперкальциемия, гипокалиемия)
	Опухоли (краниофарингиома, герминома, глиома и др.)
	Хроническая почечная недостаточность
	Инфекции (цитомегаловирусная, токсоплазмоз, энцефалит, менингит)
198	Несахарный диабет чаще всего характеризуется
	Полиурией

	Гипоосмоляльностью мочи
	Гипергликемией
	Гипоосмоляльностью плазмы
199	Для синдрома гиперпролактинемии характерно наличие
	Сахарного диабета
	Увеличения размера кистей и стоп
	Пролактиномы
	Гирсутизма
200	Проявления СТГ-дефицита у взрослых
	Дефицит массы тела
	Остеопороз
	Гиперлипидемия
	Эмоционально-личностные нарушения
201	Какие препараты используются для лечения акромегалии
	Десмопрессин
	Кетоконазол
	Ланреотид
	Октреотид
202	Пангипопитуитаризм затрагивает функцию
	Щитовидной железы
	Коры надпочечников
	Половых желез
	Углеводного обмена
	Околощитовидных желез
203	Для лечения акромегалии используют препараты
	Левотироксин
	Десмопрессин
	Гидрокортизон
	Октреотид
	Каберголин
204	Макроаденомой гипофиза считается образование гипофиза
	Диаметром 10-40 мм
	Диаметром более 40 мм
	Диаметром более 5 мм
	Любого диаметра, приводящее к синдрому интраселлярной компрессии
205	Дефицит лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего, тиреотропного, адренокортикотропного гормонов при макросоматотропиноме обусловлен
	Действием отрицательной обратной связи
	Недостатком продукции релизинг-факторов
	Интраселлярной компрессией
	Повышением внутричерепного давления
206	Наличие битемпоральной гемианопсии при экстраселлярной макроаденоме гипофиза обусловлено развитием
	Интраселлярной компрессии
	Интракраниальной компрессии
	Повышенного внутричерепного давления
	Пустого турецкого седла
207	Гиперпродукция соматотропного гормона, возникшая на этапе законченного линейного роста, приводит к развитию

	Гипофизарного гигантизма
	Акромегалии
	Высокорослости
	Синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
208	Для подтверждения акромегалии используются показатели
	Уровня соматотропного гормона
	Уровня пролактина
	Уровня инсулиноподобного фактора роста 1
	Уровня тиреотропного гормона
209	Реабилитация пациентов с синдромом гиперкортицизма, осложненным развитием остеопороза включает
	санаторно-курортное лечение
	ношение ортезов
	эндопротезирование при переломе шейки бедра
	физиотерапия
1	Заболевания щитовидной железы
210	Проявлением диффузного токсического зоба являются
	Набор массы тела
	Мышечная гипертрофия
	Брадикардия
	Нарушения ритма сердца
211	При манифестном тиреотоксикозе гормональный анализ крови характеризуется
	Повышением ТТГ, снижением свободного Т4
	Снижением ТТГ, повышением свободного Т4
	Снижением ТТГ, снижением свободного Т4
212	При первичном манифестном гипотиреозе гормональный анализ крови характеризуется
	Повышением ТТГ, снижением свободного Т4
	Снижением ТТГ, повышением свободного Т4
	Снижением ТТГ, снижением свободного Т4
	Повышением ТТГ, повышением свободного Т4
213	При субклиническом гипотиреозе гормональный анализ крови характеризуется
	Повышением ТТГ, нормальным уровнем свободного Т4
	Снижением ТТГ, повышением свободного Т4
	Снижением ТТГ, снижением свободного Т4
	Повышением ТТГ, повышением свободного Т4
214	При субклиническом тиреотоксикозе гормональный анализ крови характеризуется
	Повышением ТТГ, нормальным уровнем свободного Т4
	Снижением ТТГ, повышением свободного Т4
	Снижением ТТГ, нормальным уровнем свободного Т4
	Повышением ТТГ, повышением свободного Т4
215	Показаниями к хирургическому лечению диффузного токсического зоба являются
	Отсутствие стойкого эутиреоидного состояния после проведенного медикаментозного лечения
	Наличие компрессионного синдрома
	Определение антител к рецептору ТТГ
	Наличие беременности
216	К проявлениям тиреотоксического криза относятся
	Тошнота, рвота, профузный понос
	Сухость кожи и слизистых
	Повышение температуры тела
	Брадикардия

	Тахикардия и нарушение сердечного ритма
217	Основным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является
	Тиреоидин
	Тиреотом
	ТиреокOMB
	Левотироксин
	Трийодтиронин
218	Для профилактики эндемического зоба используется
	Препараты йода
	Глюкокортикоиды
	В-блокаторы
	Поливитамины
	Анаболики
219	Какой уровень ТТГ характерен для эндемического зоба?
	Нормальный уровень ТТГ
	Нормальный или сниженный уровень ТТГ
	Сниженный уровень ТТГ
	Нормальный или повышенный уровень ТТГ
220	При лечении подострого тиреоидита могут использоваться следующие препараты
	Глюкокортикоиды
	Нестероидные противовоспалительные препараты
	В-адреноблокаторы
	Антибактериальные препараты
	Тиреостатические препараты
221	Для первичного гипотиреоза характерны
	Повышение уровня холестерина
	Снижение уровня трийодтиронина
	Увеличение уровня пролактина
	Снижение уровня пролактина
	Снижение уровня холестерина
222	При лечении тиреотоксикоза могут быть использованы
	Тиреостатики
	Бета-адреноблокаторы
	Антибактериальные препараты
	Препараты левотироксина
	Симпатолитики центрального действия
223	К производным имидазола относится
	Карбимазол
	Метимазол
	Тиамазол
	Пропилтиоурацил
224	Развитие первичного гипотиреоза обусловлено
	Снижением синтеза тиреоидных гормонов тканью щитовидной железы
	Уменьшением секреции ТТГ
	Уменьшением синтеза тиролиберина
	Увеличением массы железистой ткани щитовидной железы
	Увеличением синтеза тиролиберина
225	Избыток тиреоидных гормонов обуславливает
	Торможение перехода углеводов в жиры

	Повышение содержания гликогена в печени
	Усиление окислительного фосфорилирования
	Активацию внутриклеточных транспортёров глюкозы
226	Для диффузного токсического зоба характерно
	Наличие антител к рецепторам ТТГ
	Увеличение числа циркулирующих Т-супрессоров
	Уменьшение числа форбидных клонов Т-лимфоцитов
	Снижение образования стимулирующих иммуноглобулинов
227	Для манифестного диффузного токсического зоба характерно
	Снижения содержания в крови ТТГ
	Набор массы тела на фоне снижения аппетита
	Замедление частоты сердечных сокращений
	Снижение содержания в крови как свободного Т3, так и свободного Т4
228	Симптом Мари - это
	Тремор пальцев вытянутых рук
	Тремор мелких мышечных групп всего тела
	Редкие мигательные движения
	Мелкое и быстрое дрожание опущенных век
229	Схема лечения болезни Грейвса-Базедова «блокируй-замещай» предполагает
	Использование аблативной дозы радиоактивного йода с назначением левотироксина
	Удаление щитовидной железы с назначением заместительной терапии
	Назначение тиреостатиков в комбинации с левотироксином
	Последовательной курсовое назначение тиреостатиков и левотироксина
230	Для тиреотоксического криза характерны такие симптомы, как
	Тахикардия, рвота, профузное потоотделение
	Брадикардия, артериальная гипотония, повышение температуры тела
	Повышение мышечного тонуса, снижение потоотделения
	Выраженная слабость, сонливость, зябкость, снижение температуры тела
231	Для неотложной терапии тиреотоксического криза применяют
	Тирозол в дозе 60-100 мг/сут, пропилтиоурацил – 600-1600 мг/сут
	Бета-блокаторы: бисопролол 2,5 – 5 мг/сут, атенолол — 100 мг/сут, пропранолол (менее предпочтителен) — 120 мг/сут на 3 — 4 приема
	Глюкокортикоиды: гидрокортизон - 300 мг/сут (30–1,200 мг), преднизолон – 25 мг (5-60 мг), метилпреднизолон – 375 мг (80 – 1000 мг), дексаметазон - 8 мг/сут (1,5 – 16 мг)
	Альфа-блокаторы: доксазозин 2 мг/сутки
	Блокаторы медленных кальциевых каналов: нифедипин 30 мг/сутки, амлодипин 5 мг/сутки
232	Наиболее часто у больных с тиреотоксической аденомой при поздней диагностике и несвоевременной терапии наблюдается
	Нарушение сердечного ритма
	Клиника тиреотоксического криза
	Тиреотоксическое поражение печени
	Обструкция трахеи опухолевым узлом с развитием апноэ
233	При тиреотоксикозе возможно развитие
	Относительной надпочечниковой недостаточности
	Органического гиперинсулинизма
	Вторичной аденомы гипофиза
	Гиперкортицизма
234	Патогенетическую роль в развитии аутоиммунного тиреоидита играет
	Повышение аутоантител к тиреоидной пероксидазе

	Понижение уровня иммуноглобулинов в крови (особенно igg и igm)
	Снижение количества циркулирующих иммунных комплексов
	Повышение аутоантител к рецептору тиреотропного гормона
235	С аутоиммунным тиреоидитом ассоциируется
	Врожденная дисфункция коры надпочечников
	Надпочечниковая недостаточность
	Первичный гиперпаратиреоз
	Аденома гипофиза
236	При аутоиммунном тиреоидите с исходом в манифестный гипотироз в гормональном профиле наблюдается
	Повышение ТТГ, снижение Т3 и Т4
	Повышение ТТГ, повышение Т3 и Т4
	Снижение ТТГ, Т3 и Т4 в пределах нормы
	Повышение ТТГ, Т3 и Т4 в пределах нормы
237	Типичным ультразвуковым признаком аутоиммунного тиреоидита является
	Гипоэхогенность ткани
	Гиперэхогенность ткани
	Диффузное увеличение щитовидной железы
	Наличие узловых образований щитовидной железы
238	В общем анализе крови при подостром тиреоидите характерно
	Повышение СОЭ
	Снижение числа лейкоцитов
	Снижение концентрации гемоглобина
	Повышение тромбоцитов крови
239	Методом выбора лечения диффузного токсического зоба 2ст. (объем железы 100 см3) является
	Терапия тиамазолом в сочетании с левотироксином в течение 18 месяцев
	Терапия тиамазолом, после достижения эутиреоза – тотальная тиреоидэктомия
	Терапия пропилтиоурацилом в течение 18 мес.
	Терапия радиоактивным йодом
	Терапия тиреостатиками (тиамазол, пропилтиоурацил) в сочетании с иммуномодуляторами
240	Абсолютным противопоказанием для применения тиамазола при диффузном токсическом зобе является
	Агранулоцитоз
	Беременность
	Аллергическая реакция на другой тиреостатический препарат
	Гепатит в анамнезе
	Возраст старше 70 лет
241	Универсальным способом профилактики йоддефицитных заболеваний в настоящее время является
	Йодирование
	Хлеба
	Поваренной соли
	Растительного масла
	Коровьего молока
	Бутилированной воды
242	Наличие по данным УЗИ щитовидной железы гипоэхогенной структуры диаметром 5 мм при нормальном объеме щитовидной железы и уровне ТТГ в пределах референсных значений подтверждает
	Эндемический зоб
	Узловой эутиреоидный зоб
	Кисту щитовидной железы
243	Исследование тиреоглобулина в крови показано для диагностики

	Диффузного токсического зоба в сомнительных случаях
	Вторичного гипотиреоза
	Рецидива высокодифференцированного рака щитовидной железы после радикального лечения
	Аутоиммунного тиреоидита Хашимото в III триместре беременности
	Эндемического зоба в регионах с медианой йодурии 50 мкг/л
244	В первом триместре беременности при диффузном токсическом зобе предпочтительно назначение
	Тиамазола
	Карбоната лития
	Бета-адреноблокаторов
	Пропицила
245	Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как
	Эпидемический зоб
	Эндемический зоб
	Спорадический зоб
	Хронический аутоиммунный тиреоидит
	Неинфекционная эпидемия
246	Основным критерием оценки степени йодного дефицита в популяции является
	Определение уровня ТТГ
	Определение объема щитовидной железы
	Определение медианы йодурии
	Определение среднего арифметического значения экскреции йода с мочой в исследуемой группе
	Определение содержания йода в питьевой воде
247	Наиболее чувствительным исследованием для диагностики функциональной автономии узловых образований щитовидной железы является
	Определение уровня ТТГ высокочувствительным методом
	Определение свободного Т3 и Т4
	Пункционная биопсия щитовидной железы
	Радиоизотопная сцинтиграфия щитовидной железы
	УЗИ щитовидной железы
248	Развитие вторичного гипотиреоза связано с
	Увеличением секреции тиролиберина
	Уменьшением секреции тиролиберина
	Резистентностью ткани щитовидной железы к ТТГ
	Увеличением секреции ТТГ
	Уменьшением секреции ТТГ
249	Развитие гипокальциемии после проведенной тиреоидэктомии является следствием
	Гипотиреоза
	Тиреотоксического криза
	Травмы гортанных нервов
	Гипопаратиреоза
	Остаточных явлений тиреотоксикоза
250	Вторичный гипотиреоз отличается от первичного
	Сниженным уровнем продукции Т4
	Повышенным уровнем ТТГ
	Сниженным или нормальным уровнем ТТГ
	Увеличением размеров щитовидной железы
	Увеличением уровней Т3 и Т4 более, чем на 50% при тесте с тиролиберинем
251	Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного тиреоидита обладает показатель уровня
	Антител к тиреоглобулину
	Антител к тиреоидной пероксидазе

	Антител к клеткам щитовидной железы
	Иммуноглобулинов
	Лимфоцитов в клиническом анализе крови
252	Продолжительность медикаментозной (тиреостатической) терапии диффузного токсического зоба, чаще всего, составляет
	2-3 месяца
	4-6 месяцев
	7-11 месяцев
	12-18 месяцев
	36 месяцев
253	В патогенезе острого тиреоидита ключевую роль играет
	Генетическая предрасположенность
	Нарушение механизмов иммунологической защиты
	Дефицит йода
	Проникновение инфекции в щитовидную железу
	Травма щитовидной железы
254	Если пациент с гипотиреозом забыл принять утреннюю дозу тироксина, следует
	Принять препарат вечером принять утреннюю дозу тироксина
	На следующий день утром принять двойную дозу
	На следующий день утром принять обычную дозу тироксина
	Увеличить физическую нагрузку в течение дня
	Уменьшить физическую нагрузку в течение дня
255	Острый тиреоидит характеризуется
	Острым началом заболевания с высокой температурой
	Местными признаками воспаления в области щитовидной железы, иногда с наличием флюктуации
	Нейтрофильным лейкоцитозом с увеличением СОЭ
	Болью в области шеи
256	Диагностическими критериями хронического аутоиммунного тиреоидита являются
	Первичный гипотиреоз
	Наличие антител к тиреопероксидазе
	Ультразвуковые признаки аутоиммунного тиреоидита
	Тиреотоксикоз в анамнезе
	Плотная и увеличенная щитовидная железа при пальпации
257	Хронический аутоиммунный тиреоидит диагностируется, если выявлены следующие изменения
	Уровень антител к тиреопероксидазе значительно повышен
	Лабораторно – первичный гипотиреоз
	При УЗИ эхогенность ткани щитовидной железы низкая
	Объем щитовидной железы у женщины менее 6 мл
	Объем щитовидной железы у женщины более 18 мл
	Плотная и увеличенная щитовидная железа при пальпации
258	Для лечения амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 2 типа рекомендуется применять
	Глюкокортикоиды
	Антибактериальные препараты
	Препараты йода
	Тиреостатики
259	Максимальная выраженность клинических симптомов тиреотоксикоза с развитием тяжелых осложнений характерна для
	Диссеминированной функциональной автономии щитовидной железы
	Мультифокальной функциональной автономии щитовидной железы
	Болезни Грейса-Базедова

	Унифокальной функциональной автономии щитовидной железы
260	Претибиальная микседема – это
	Поперечные стрии, возникающие в результате катаболического действия стероидных гормонов
	Изменение подкожной клетчатки вследствие инъекций инсулина
	Отечность, уплотнение и гипертрофия передней поверхности голени и стопы
	Отложение холестерина на коже век
1	Патология надпочечников
261	Глюкостерома - опухоль коры надпочечника, продуцирующая преимущественно
	Андрогены
	Альдостерон
	Глюкокортикоиды
	Адреналин
	Эстрогены
262	Андростерома - гормонально-активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая преимущественно
	Андрогены
	Альдостерон
	Эстрогены
	Глюкокортикоиды
	Адреналин
263	При острой надпочечниковой недостаточности показано введение
	Калийсодержащих растворов
	Гипотонических растворов
	Натрийсодержащих растворов
	Раствора бикарбоната натрия
264	Жалобы при Аддисоническом кризе включают
	Выраженную слабость
	Синкопальные состояния
	Боли в животе, тошнота, рвота; клинические симптомы, идентичные «острому животу»
	Резкие боли в поясничной области
	Головные боли
	Выраженную жажду
265	Клинические признаки Аддисонического криза включают
	Выраженную гипотензию
	Болезненную пальпацию живота/напряженность мышц передней брюшной стенки
	Лихорадку
	Спутанность сознания, делирий
	Олигурию
	Дыхание Куссмауля
	Выраженную гипертензию
266	Лабораторные признаки Аддисонического криза
	Гипонатриемия (<132 ммоль/л)
	Гиперкалиемия
	Гипогликемия
	Гиперкальциемия
	Повышение креатинина
	Гипокалиемия
	Гипернатриемия
	Гипергликемия
267	Наиболее частой причиной Аддисонических кризов являются
	Желудочно-кишечные инфекции

	Острые респираторные вирусные инфекции
	Дебют надпочечниковой недостаточности
	Кортикостерома надпочечника
	Хронический аутоиммунный тиреоидит
268	Пациентам с Аддисоническим кризом рекомендуется проводить
	Внутривенное болюсное введение раствора гидрокортизона в дозе 100 мг, далее непрерывное введение 200 мг в сутки, на следующий день 100 мг в сутки
	Внутривенное болюсное введение преднизолона в дозе 25 мг, далее в первые сутки ввести 50 мг
	Введение флудрокортизона в дозе 100 мкг
	Введение десмопрессина в дозе 0,2-1,2 мг в сутки
	Введение синактена первые 3 дня 1 мг ежедневно (в тяжелых случаях — каждые 12 ч), затем — по 0,5-1 мг каждые 2-3 дня или далее — 1 мг еженедельно
	Внутривенное введение 0,9%-го раствора натрия хлорида 1000 мл в течение первого часа или 5%-ого раствора декстрозы в 0,9%ом растворе натрия хлорида, далее непрерывное внутривенное введение 0,9%-го раствора натрия хлорида при необходимости
269	Для профилактики декомпенсации надпочечниковой недостаточности при лихорадке, нетяжелых травмах проводится
	Увеличение дозы гидрокортизона в 2 раза при t 38°C до нормализации
	Увеличение дозы гидрокортизона в 3 раза при t 39°C до нормализации
	Повышенное употребление электролит-содержащих жидкостей
	Раствор гидрокортизона внутримышечно 100 мг в сутки (утром 50 мг, днем 25 мг и вечером 25 мг)
	Непрерывное введение раствора гидрокортизона 200 мг в сутки
270	Для профилактики декомпенсации надпочечниковой недостаточности при большом хирургическом вмешательстве под общим наркозом, родах (кесарево сечении) проводится
	Внутривенное введение раствора гидрокортизона в дозе 100 мг болюсно (непосредственно до операции/в начале активных родов)
	Непрерывное введение 200 мг в сутки (или по 50 мг каждые 6 ч внутривенно или внутримышечно)
	Непрерывное внутривенное введение жидкостей (5%-ый раствор декстрозы и 0,20%-ый или 0,45%-ый раствор натрия хлорида)
	Следующие сутки – внутримышечное введение раствора гидрокортизона (в виде гидрокортизона сукцината натрия) в дозе 100 мг в сутки (25 мг каждые 6 часов). Далее, при отсутствии осложнений – постепенно (уменьшение на 30% в сутки) вернуться к базисной заместительной терапии в течение 5-7 дней.
	Увеличение дозы гидрокортизона в 2 раза
	Увеличение дозы гидрокортизона в 3 раза
271	Для профилактики декомпенсации надпочечниковой недостаточности при проведении стоматологических процедур длительностью более часа под местной анестезией рекомендуется
	Увеличение дозы гидрокортизона в 2 раза или внутривенное или внутримышечное введение 25-50 мг раствора гидрокортизона за 2 часа до процедуры
	Внутривенное введение раствора гидрокортизона в дозе 100 мг болюсно (непосредственно до операции/в начале активных родов)
	Непрерывное введение 200 мг в сутки (или по 50 мг каждые 6 ч внутривенно или внутримышечно)
	Непрерывное внутривенное введение жидкостей (5%-ый раствор декстрозы и 0,20%-ый или 0,45%-ый раствор натрия хлорида)
272	Препарат выбора для лечения артериальной гипертонии при феохромоцитоме
	Альфа-блокаторы
	Бета-блокаторы
	Антагонисты кальция
	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	Антагонисты рецепторов ангиотензина II
273	Феохромоцитома - гормонально-активная опухоль, продуцирующая следующие гормоны
	Адреналин и норадреналин
	Эстрогены и андрогены

	Глюкокортикоиды и альдостерон
	Альдостерон и андрогены
274	Повышенный уровень АКТГ при низком уровне кортизола свидетельствует
	О первичном гипокортицизме
	О гиперкортицизме
	О нормальной функции коры надпочечников
	О наличии альдостеромы
	О наличии кортикотропиномы
275	Кортикоэстрома - опухоль коры надпочечников, продуцирующая преимущественно
	Андрогены
	Эстрогены
	Альдостерон
	Глюкокортикоиды
	Адреналин
276	Патогенез третичной недостаточности надпочечников обусловлен
	Снижением секреции кортиколиберина гипоталамусом
	Повышением секреции кортиколиберина гипоталамусом
	Неизменной секрецией кортиколиберина
	Первично сниженной секрецией АКТГ, не зависящей от секреции кортиколиберина
	Врожденным дефектом в биосинтезе альдостерона
277	АКТГ-зависимыми структурами надпочечников являются
	Клубочковая и сетчатая зона коры
	Клубочковая и пучковая зона коры
	Пучковая и сетчатая зона коры
	Мозговое вещество и паравентральные ганглии
278	АКТГ - независимой зоной коры надпочечников является
	Клубочковая зона
	Пучковая зона
	Сетчатая зона
	Нейтральная зона
279	Глюкокортикоидные гормоны секретируются клетками
	Клубочковой зоны коры надпочечников
	Пучковой зоны коры надпочечников
	Сетчатой зоны коры надпочечников
	Мозгового вещества надпочечников
280	Место синтеза минералокортикоидов - это
	Сетчатая зона коры надпочечников
	Клубочковая зона коры надпочечников
	Мозговой слой надпочечников
	Гипоталамус
281	Максимальный уровень кортизола в крови наблюдается
	В течение всех суток
	В период ночного сна
	В дневное время
	В ранние утренние часы
282	В мозговом веществе надпочечников секретируется
	Кортизол
	Альдостерон
	Адреналин

	Гидрокортизон
283	Усиление синтеза альдостерона происходит под влиянием
	Ренина
	Адренкортикотропный гормон
	Кортизола
	17-оксигидроксипрогестерона
284	Действие ренина направлено на преобразование
	Ангиотензина I в ангиотензин II
	Ангиотензиногена в ангиотензин I
	Цитохрома в эритропоэтин
	Проинсулина в инсулин
285	Снижение кортизола в крови до менее 50 нмоль/л на фоне приема 1 мг дексаметазона (малая проба с дексаметазоном) свидетельствует
	О нормальной функции коры надпочечников
	О вторичном гипокортицизме
	О повышенной секреции АКТГ
	О гиперкортицизме
286	Проявлением болезни Аддисона является
	Гиперпигментация кожи
	Гипертонический криз
	Гипергликемия
	Прибавка массы тела
287	Типичный синдром при первичном гиперальдостеронизме
	Ортостатическая гипотония
	Артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии
	Сахарный диабет
	Гиперкалиемия
288	Пациенту с первичным гиперальдостеронизмом для гипотензивной терапии следует назначать
	Метопролол
	Гидрохлортиазид
	Спиронолактон
	Нифедипин
289	Длительное повышение продукции кортизола приводит
	К артериальной гипотензии
	К остеопорозу
	К гипогликемии
	К брадикардии
290	Инциденталом надпочечника - это
	Опухоль надпочечника, выявленная при радиологическом исследовании не по поводу данной патологии
	Гормонально-неактивная опухоль
	Аденома надпочечника
	Гормонально-активная опухоль
291	Избыточная продукция в кровь адреналина и норадреналина наблюдается
	При андростероме
	При хемодектоме
	При альдостероме
	При феохромоцитоме
292	Наиболее частой локализацией феохромоцитом является

	Симпатические узлы
	Хромаффинная ткань мозгового вещества надпочечников
	Средостение
	Стенка мочевого пузыря
293	Катехоламин-продуцирующая опухоль, формирующиеся из паравертебральных ганглиев
	Тератома
	Хемодектома
	Феохромоцитомы
	Параганглиома
294	Криз при феохромоцитоме характеризуется
	Повышением АД, возбуждением, тремором, гипертермией
	Гипотермией, ступором, гипотензией
	Брадикардией, отечностью, сонливостью
	Снижением АД, головокружением, гипогликемией
295	Самая частая причина первичной надпочечниковой недостаточности - это
	Адренолейкодистрофия
	Пангипопитуитаризм
	Туберкулез
	Аутоиммунный адреналит
296	Синдром Уотерхауза- Фридериксена - это
	Диффузный гломерулосклероз
	Сочетание аутоиммунного тиреоидита и надпочечниковой недостаточности
	Остро протекающий сепсис с кровоизлиянием в надпочечники
	Токсический эпидермальный некролиз
297	К характерным жалобам больных с хронической надпочечниковой недостаточностью относится
	Повышение артериального давления
	Увеличение массы тела
	Выраженная слабость и быстрая физическая утомляемость
	Повышение аппетита
298	Гиперпигментация кожи при болезни Аддисона обусловлена
	Гипербилирубинемией
	Избыточным образованием проопиомеланокортина
	Гемохроматозом
	Пеллагрой
299	При первичной надпочечниковой недостаточности наблюдается
	Гипокальциемия
	Гипернатриемия
	Гиперкалиемия
	Гипергликемия
300	К минералокортикоидам относится
	Преднизолон
	Флудрокортизон
	Гидрокортизон
	Дексаметазон
301	Глюкокортикоидный гормон, наиболее предпочтительный для постоянной заместительной терапии хронической надпочечниковой недостаточности
	Флудрокортизон
	Преднизолон
	Дексаметазон

	Гидрокортизон
302	При сочетании надпочечниковой недостаточности и гипотиреоза рекомендуется
	Первичная компенсация гипокортицизма
	Первичное назначение левотироксина
	Одновременное назначение гидрокортизона и левотироксина
	Чередование курсовых приемов гидрокортизона и левотироксина
303	У больных с хроническим гипокортицизмом при присоединении интеркуррентных заболеваний дозу глюкокортикоидов следует
	Существенно снизить суточную дозу
	Оставить в прежней дозе
	Увеличить в 2-3 раза
	Отменить до разрешения простуды
304	При лечении вторичного гипокортицизма применяют
	Глюкокортикоиды
	Минералокортикоиды
	Нестероидные анаболики
	Катехоламины
305	Флудрокортизон относится к группе препаратов
	Нестероидных противовоспалительных средств
	Тиреостатиков
	Минералокортикоидов
	Иммуномодуляторов
306	К препаратам глюкокортикоидов относится
	9-альфа-фторкортизол
	Пропранолол
	Доксазозин
	Дексаметазон
307	Определение содержания хромогранина А проводится для диагностики
	Папиллярного рака
	Опухоли аденогипофиза
	Парааденомы
	Нейроэндокринной опухоли
308	Биологическая роль надпочечников заключается
	В обеспечении жизнеспособности организма в условиях острого или хронического стресса
	В поддержании фосфорно-кальциевого обмена
	В поддержании гомеостаза глюкозы
	В обеспечении белоксинтезирующей функции
309	При острой надпочечниковой недостаточности противопоказано введение
	Натрийсодержащих растворов
	Калийсодержащих растворов
	Глюкозосодержащих растворов
	Глюкокортикоидных препаратов
310	Секреция альдостерона увеличивается при непосредственном влиянии на его рецепторы
	Дезоксикортикостерона
	Ангиотензина I
	Ренина
	Ангиотензина II
311	Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для

	Диагностики ановуляции
	Выявления гиперэстрогемии
	Уточнения генеза гиперкортизма
	Выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла
312	Дополнительным тестом, подтверждающим первичный гиперальдостеронизм, является проба
	С тетракозактидом
	С дексаметазоном
	С инсулином
	С физиологическим раствором
313	При лечении одностороннего первичного гиперальдостеронизма используется
	Антагонисты минералокортикоидных рецепторов
	Эндоскопическое удаление надпочечника
	Глюкокортикоидные препараты
	Антагонисты натриевых каналов
314	К антагонистам минералокортикоидных рецепторов относится
	Эплеренон
	Кетоконазол
	Альфа-метилпаразин
	Альфа-адреноблокаторы
315	Для синдрома Уотерхауса – Фридериксена характерны
	Постепенное, в течение нескольких дней нарастание клинических симптомов
	Внезапное коллаптоидное состояние
	Развивается на фоне хронической надпочечниковой недостаточности при наличии стрессового фактора
	Появление на коже петехиальной сыпи, подъем температуры тела
	Клиника острой сердечной недостаточности
316	Наиболее частая причина развития хронической недостаточности надпочечников
	Туберкулез надпочечников
	Синдром Уотерхауса-Фридериксена
	Сифилитическое поражение надпочечников
	Аутоиммунное поражение надпочечников
	Грибковое поражение надпочечников
317	Первичный гиперальдостеронизм характеризуется
	Повышенным уровнем альдостерона при сниженном уровне ренина
	Повышенным уровнем альдостерона и ренина
	Сниженным уровнем альдостерона и ренина
318	Альдостерома - опухоль коры надпочечника, продуцирующая в основном
	Андрогены
	Альдостерон
	Эстрогены
	Глюкокортикоиды
	Адреналин
319	Повышенный уровень альдостерона при низком уровне ренина свидетельствует
	О вторичном гиперальдостеронизме
	О гиперкортицизме
	О нормальной функции коры надпочечников
	О первичном гиперальдостеронизме
	О наличии кортикотропиномы
320	Укажите самую частую причину возникновения синдрома первичного гиперальдостеронизма
	Двухсторонняя гиперплазия коры надпочечника

	Альдостерома надпочечника
	Односторонняя гиперплазия коры надпочечника
	Глюкокортикоид-зависимый гиперальдостеронизм
321	Укажите тест для первичного скрининга первичного гиперальдостеронизма
	Определение соотношения концентрации альдостерона в плазме крови к прямой концентрации ренина/активности ренина плазмы
	Ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона, концентрация кортизола в суточной моче, концентрация кортизола в вечерней слюне
	Концентрация 17-ОН-прегненолона, 17-ОН-прогестерона в плазме крови
	Концентрация метанефринов, норметанефринов в суточной моче
322	Диагноз первичного гиперальдостеронизма можно предположить при
	Гиперкалиемии
	Повышенном уровне ренина
	Спонтанной гипокалиемии
	Гипергликемии
323	При проведении подтверждающих тестов на первичный гиперальдостеронизм диагноз подтверждается при следующих результатах теста
	Снижение концентрации альдостерона
	Сохранение повышенной концентрации альдостерона
	Снижение секреции ренина
	Повышение секреции ренина
324	Какое диагностическое значение индекса латерализации соответствует односторонней продукции альдостерона?
	Индекс латерализации продукции альдостерона от 31 до 41
	Индекс латерализации продукции альдостерона от 41 и более
	Индекс латерализации продукции альдостерона 31 и менее
325	Какое лечение показано пациенту, при выявлении латерализации продукции альдостерона одним из надпочечников?
	Двухсторонняя адреналэктомия
	Консервативная терапия спиронолактоном
	Односторонняя адреналэктомия
	Консервативная терапия эплереноном
326	Какое лечение показано пациенту с глюкокортикоид-зависимым гиперальдостеронизмом?
	Двухсторонняя адреналэктомия
	Консервативная терапия спиронолактоном
	Консервативная терапия глюкокортикоидами
	Односторонняя адреналэктомия
327	Какой препарат используется для стимуляции секреции альдостерона при селективном венозном заборе крови из надпочечниковых вен?
	Октреотид
	Тетрокозактид
	Протирелин
	Бромокриптин
328	В активации секреции альдостерона играют роль
	Концентрация ионов кальция
	Уровень кортизола крови
	Концентрация ионов калия
	Активация ренин-ангиотензиновой системы
329	Какие эндокринные патологии могут быть причиной вторичной артериальной гипертензии?
	Феохромоцитомы

	Гипопаратиреоз
	Первичный гиперальдостеронизм
	Вторичная надпочечниковая недостаточность
	Синдром Рушинга
330	Какие препараты можно использовать для контроля АД перед проведением скрининга на первичный гиперальдостеронизм?
	Диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, ингибиторы ренина
	Вазодилататоры
	Клонидин, метилдопа, НПВС, дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
	Недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
	Блокаторы α -адрено-рецепторов
331	Гормональные исследования при первичном альдостеронизме выявляют
	Увеличение уровня альдостерона в крови
	Увеличение экскреции кортизола с мочой
	Снижение активности ренина в крови в условиях покоя
	Повышение активности ренина в крови в условиях покоя
332	Клинико-лабораторные данные при первичном гиперальдостеронизме
	Гиперкалиемия
	Гипокалиемия
	Гипохлоремический алкалоз
	Щелочная реакция мочи
	Гипокальциемия
333	Альдостерон вызывает следующие биологические эффекты
	Задержка натрия в дистальных отделах почечных канальцев
	Секреция калия дистальными канальцами
	Повышение артериального давления
	Задержка жидкости
	Снижение артериального давления
334	Этиологическим фактором первичного гиперальдостеронизма могут быть
	Двухсторонняя гиперплазия надпочечников
	Первичное повышение активности ренина
	Нефротический синдром
	Альдостерон-продуцирующая аденома надпочечника
	Синдром баттера
335	Какие симптомы характерны для первичного гиперальдостеронизма?
	Мышечная слабость
	Артериальная гипотония
	Жажда
	Тошнота, рвота
	Артериальная гипертензия
336	Первичная диагностика первичного гиперальдостеронизма проводится при
	Артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии
	Сочетании артериальной гипертензии и произвольной (или вызванной мочегонными средствами) гипокалиемии
	Сочетании артериальной гипертензии и инциденталомы надпочечников
	Наличии инциденталомы надпочечников независимо от наличия артериальной гипертензии
	Сочетании гипертензии и отягощенный семейный анамнез в отношении раннего развития артериальной гипертензии или острых церебро-васкулярных нарушений в возрасте до 40 лет, родственники 1 степени пациентов с ПГА, имеющие АГ

337	При первичном гиперальдостеронизме в надпочечниках выявляют
	Аденому клубочковой зоны коры
	Аденому пучковой зоны коры
	Двухстороннюю диффузную или микронодулярную гиперплазию клубочковой зоны коры
	Неизмененные надпочечники
338	Какие препараты необходимо отменить перед проведением скрининга на первичный гиперальдостеронизм?
	Диуретики
	Бета-блокаторы, клонидин, метилдопа, НПВС
	Недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов, вазодилататоры
	Блокаторы α -адрено-рецепторов
	Ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, ингибиторы ренина, дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
339	Какие дополнительные методы обследования используются для подтверждения диагноза при повышении альдостерон-ренинового соотношения?
	Тест с пероральной натриевой нагрузкой
	Тест с клонидином
	Тест с физиологическим раствором
	Супрессивный тест с флудрокортизоном
	Тест с каптоприлом
340	Для определения тактики лечения первичного гиперальдостеронизма необходимо провести
	ПЭТ с ^{18}F -фтордезоксиглюкозой в сочетании с КТ
	МРТ гипофиза
	Селективный венозный забор крови из надпочечниковых вен
	Пункционная биопсия надпочечника
	КТ надпочечников
341	Для диагностики глюкокортикоид-зависимого гиперальдостеронизма используются
	Генетическое тестирование
	Селективный венозный забор крови из надпочечниковых вен
	Супрессивный тест с дексаметазоном
	Определение суточной экскреции 18-оксикортизола и 18-гидрооксикортизола
	Маршевая проба
342	Какое лечение показано пациенту при выявлении двухсторонней гиперплазии надпочечников?
	Двухсторонняя адреналэктомия
	Консервативная терапия спиронолактоном
	Односторонняя адреналэктомия
	Консервативная терапия эплереноном
343	Для альдостеронпродуцирующей аденомы надпочечника характерны
	Базальный уровень альдостерона повышен, активность ренина плазмы понижена
	Встречается в 7-15% всех случаев первичного гиперальдостеронизма
	При ортостатической нагрузке (маршевая проба) отмечается повышение уровня альдостерона
	Оперативное лечение не показано
344	Какие действия стоит предпринять при неинформативном селективном венозном заборе крови из надпочечниковых вен?
	Повторить селективный забор крови
	Консервативное лечение антагонистами минералкортикоидных рецепторов
	Провести одностороннюю адреналэктомию на основании результатов других исследований (например, КТ)
	Провести тест с клонидином
	Провести дополнительные исследования (маршевая проба, скintiграфия с йодхолестеролом)

345	Реабилитация пациентов с ВДКН с генотипом 46 XX включает
	психосоциальная поддержка
	лечение гомосексуальности
	возможно феминизирующая пластика гениталий в раннем детстве
	консультирование по вопросу смены пола при наличии желания пациента
	лечение психических заболеваний
346	Основным мужским половым гормоном является
	Андростендиол
	Дегидроэпиандростендион
	Лютеинизирующий гормон
	Тестостерон
347	К синтезируемым в организме андрогенам относится
	Прогестерон
	Ингибин В
	Прегненолон
	дегидротестостерон
348	К андрогенам с прямой андрогенной активностью относится
	Дегидроэпиандростерона сульфат
	Дигидротестостерон
	17-деоксикортизол
	17-ОН-прогестерон
349	К предшественникам тестостерона относятся (множественный выбор)
	Дигидротестостерон
	Фолликулостимулирующий гормон
	Андростендион
	Дегидроэпиандростерон
350	Основной пул надпочечниковых андрогенов синтезируются в
	Мозговом веществе
	Сетчатой зоне коркового вещества
	Пучковой зоне коркового вещества
	Клубочковой зоне коркового вещества
351	В яичниках синтезируется основной пул
	Тестостерона
	Дигидротестостерона
	Дегидроэпиандростерона
	Дегидроэпиандростерона сульфата
352	Основное место синтеза дегидроэпиандростендиона (ДГЭА) – это
	Клетки внутренней теки яичников
	Строма яичников
	Печень
	Сетчатый слой коры надпочечников
353	Синтез надпочечниковых андрогенов преимущественно регулируется влиянием
	ЛГ
	ФСГ
	АКТГ
	Пролактина
354	Для классической формы ВДКН характерно
	Появление симптомов гиперандрогении после пубертата
	Внутриутробная вирилизация девочек

	Снижение уровня кортизола
	Снижение уровня АКТГ
355	Для неклассической формы ВДКН характерно
	Появление симптомов гиперандрогении после пубертата
	Внутриутробная вирилизация девочек
	Снижение уровня кортизола
	Проблемы с зачатием ребенка
356	Для СПКЯ по данным лабораторного исследования характерно
	Повышение уровня свободного тестостерона
	Повышение уровня общего тестостерона
	Снижение ГСПГ
	Повышение ГСПГ
357	Диагноз неклассической формы ВДКН может быть исключен при
	Уровне 17ОН-прогестерона менее 30 нмоль/л
	Уровне 17ОН-прогестерона менее 6 нмоль/л
	Уровне 17ОН-прогестерона менее 10 нмоль/л
	Уровне 17ОН прогестерона более 6 моль/л
358	При уровне 17ОН-прогестерона более 30 нмоль/л
	Диагноз ВДКН исключен
	Диагноз ВДКН считается подтвержденным
	Требуется проведение пробы с синактеном для подтверждения диагноза
	Требуется проведение медико-генетического исследования для подтверждения диагноза
359	Метформин при СПКЯ может быть применен (множественный выбор)
	При высоком кардиометаболическом риске
	Для контроля гирсутизма
	В дополнение к модификации образа жизни при ИМТ более 25 кг/м ²
	При наступлении беременности
360	К показаниям к лечению неклассической формы ВДКН относится
	Мужской пол
	Наличие многоплодной беременности
	Невынашивание беременности
	Инсулинорезистентность
361	У женщин с умеренной гиперандрогенией при неклассической форме ВДКН вне планирования беременности могут быть рекомендованы
	Минералокортикоиды
	Глюкокортикоиды
	Антиандрогены
	Комбинированные гормональные контрацептивы
1	Нарушения фосфорно-кальциевого обмена
362	Какая из перечисленных форм остеопороза является первичной?
	Сенильный остеопороз
	Стероидный остеопороз
	Остеопороз вследствие тиреотоксикоза
	Гиперпаратиреоидный остеопороз
363	К немодифицируемым факторам риска развития остеопороза относится
	Курение
	Возраст
	Гиподинамический образ жизни
	Дефицит массы тела

364	К модифицируемым факторам риска развития остеопороза относится
	Курение
	Возраст
	Глюкокортикоидная терапия по поводу системных заболеваний
	Наследственность
365	Какое значение T-критерия (при проведении двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии) является диагностическим критерием остеопороза?
	Меньше минус 1,0
	Меньше минус 1,5
	Меньше минус 2,5
	Больше минус 2,5
366	В каких позвонках рекомендуется определять минеральную плотность костной ткани у большинства пациентов с остеопорозом?
	Шейных
	Верхних грудных
	Поясничных
	Нижних грудных
367	Что происходит с концентрацией фосфора в крови у пациентов с остеопорозом, получающих лечение альфакальциолом
	Концентрация фосфора повышается
	Концентрация фосфора снижается
	Концентрация фосфора не меняется
368	Наиболее чувствительным методом выявления остеопороза является
	Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA)
	Рентгенография костей скелета
	Сцинтиграфия костной ткани
	Ультразвуковое исследование периферических костей
369	Какое эндокринное заболевание является частой причиной возникновения вторичного остеопороза
	Болезнь Иценко-Кушинга
	Идиопатический гиперальдостеронизм
	Гипотиреоз
	Несахарный диабет
370	Терапия какого заболевания органов дыхания может привести к возникновению вторичного остеопороза?
	Бронхиальная астма
	Плевропневмония
	Необструктивный хронический бронхит
	Эхинококкоз лёгких
371	При сенильном остеопорозе чаще встречаются
	Перелом тел позвонков
	Перелом проксимального отдела бедренной кости
	Перелом рёбер
	Перелом дистального отдела лучевой кости
372	Какие переломы из числа перечисленных ниже при вызванном приемом глюкокортикоидов остеопорозе наблюдаются чаще других?
	Перелом тел позвонков
	Перелом проксимального отдела бедренной кости
	Перелом рёбер
	Перелом дистального отдела лучевой кости

373	Точкой приложения антирезорбтивной терапии являются
	Остеобласты
	Остеокласты
	Остеоциты
	Костная матрица
	Остеоид
374	Маркером ремоделирования кости является
	С-терминальный телопептид
	Остеокальцин
	Пиридинолин
	Оксипролин в моче
375	Антирезорбтивным эффектом обладает следующий класс препаратов
	Бифосфонаты
	Флавоноиды
	Кальцитонин
	Препараты кальция
	Препараты витамина Д
376	Действие терипаратида направлено
	На усиление образования и функциональной активности остеобластов
	На снижение активности остеокластов
	На снижение чувствительности к действию остеокластов
	На укрепление кристаллической решетки гидроксипатита вместо атомов кальция
377	К противопоказаниям к использованию бисфосфонатов относится
	Гиперкальциемия
	Гипокальциемия
	Повышение уровня паратгормона
	Наличие сахарного диабета
378	Паратгормон вызывает
	Повышение активности остеобластов
	Снижение числа и активности остеокластов
	Повышение числа и активности остеокластов
	Снижение активности щелочной фосфатазы
379	Повышение уровня кальция в крови приводит к
	Снижению секреции ПТГ
	Повышению ТТГ
	Повышению Т4
	Повышению Т3
380	Основной биологический эффект кальцитонина - это
	Повышение уровня кальция в крови
	Снижение уровня кальция в крови, фиксирование кальция в костной ткани
	Стимуляция синтеза ПТГ
	Снижение выделения фосфора с мочой
	Ингибирование витамина Д
381	Референсный диапазон уровня общего кальция в сыворотке составляет
	1,0-1,5 ммоль/л
	2,2-2,6 ммоль/л
	2,3-3,3 ммоль/л
	2,65-3,65 ммоль/л
382	Причина первичного гиперпаратиреоза

	Амилоидоз околощитовидных желез
	Кровоизлияние в околощитовидные железы
	Аденома околощитовидной железы
	Аутоиммунное поражение околощитовидной железы
383	К маркерам костной резорбции относится
	Костно-специфическая щелочная фосфатаза
	Остеокальцин
	P1NP
	C- и N-концевые телопептиды коллагена I типа
384	Диагностическим признаком остеомалации является
	Повышенная прозрачность костной ткани
	Наличие лоозеровских зон перестройки
	Наличие грыж Шморля
	Пониженная прозрачность костной ткани
	Наличие патологических переломов
385	Для диагностики аденомы паращитовидных желез могут быть использованы методы исследования
	Рентгенографии области околощитовидных желез
	Ультразвуковое исследование
	Компьютерная томография
	Электрокардиография
386	Для лечения гипопаратироза используют
	Альфакальцидол
	Левотироксин
	Препараты фосфора
	Цинакальцет
387	Для первичного гиперпаратиреоза характерно
	Снижение кальция в сыворотке крови
	Повышение кальция в сыворотке крови
	Повышение фосфора в сыворотке крови
	Снижение фосфора, выделяемого почками
	Снижение активности щелочной фосфатазы
388	При сканировании паращитовидных желез используют радиофармпрепарат
	Технетрил-99mTc
	Технеций
	Йод-131
	Йод-131-19-холестерол
	Радиоактивный иттрий
389	Вторичный гиперпаратиреоз отмечается при следующих состояниях
	Хронический гепатит
	Хронической почечной недостаточности
	Нарушения синтеза активной формы витамина D в почках
	Карцинома околощитовидной железы
	Множественной эндокринной неоплазии I типа
390	Наиболее частая причина развития гипопаратиреоза
	Повреждение ткани околощитовидных желез при операции на щитовидной железе
	Дефицит витамина D
	Лучевое повреждение паращитовидных желез
	Множественные эндокринные неоплазии
	Гемохроматоз

391	Для гиперпаратиреоза характерно
	Снижение активности щелочной фосфатазы
	Повышенный кальций крови
	Сниженная экскреция кальция почками
	Повышенный фосфор крови
	Повышенная экскреция фосфора почками
392	Анаболическое средство лечения остеопороза
	Стронция ранелат
	Золендроновая кислота
	Деносумаб
	Терипаратид
393	Лабораторные изменения при первичном гиперпаратиреозе
	Повышение кальция в крови
	Повышение фосфора в крови
	Снижение экскреции кальция с мочой
	Повышение уровня паратгормона в крови
	Снижение уровня паратгормона крови
394	Интраоперационная оценка адекватности оперативного удаления аденомы околощитовидной железы оценивается
	По нормализации суточной экскреции кальция
	По нормализации уровня кальция крови
	По нормализации уровня неорганического фосфора
	По снижению уровня паратгормона на 50% исходного
395	Механизм действия кальцимитетиков заключается
	В повышении числа и активности остеобластов
	В снижении костной резорбции
	В повышении чувствительности кальций-сенсорных рецепторов к кальцию
	В укреплении кристаллической решетки гидроксиапатита вместо атомов кальция
396	В патогенезе первичного постменопаузального остеопороза решающее значение имеет
	Прекращение овариальной функции в менопаузе
	Снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
	Снижение овариальной функции в течение жизни
	Нарушение функции гомеостаза кальция
	Генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани
397	В профилактике сенильного остеопороза наиболее рациональным является
	Прием препаратов фосфора с момента становления менопаузы
	Прием препаратов витамина С
	Прием препаратов кальция и витамина Д в сочетании с увеличением двигательной активности
	Назначение эстрогенсодержащих препаратов
	Диета с высоким содержанием белка и кальция
398	При развитии первичного остеопороза раньше всего костная плотность снижается в следующих участках скелета
	Позвоночник
	Бедро
	Голень
	Предплечье
	Крестец
399	Повышение уровня кальция в крови приводит к следующему
	Секреция ПТГ понижается
	Секреция ТТГ повышается

	Секреция Т4 повышается
	Секреция Т3 повышается
	Секреция АКТГ понижается
400	Гипопаратиреоз характеризуется следующими признаками
	Снижением кальция в сыворотке крови
	Повышением фосфора в сыворотке крови
	Снижением экскреции кальция с мочой
	Повышением выведения фосфора почками
	Повышением кальция в сыворотке крови
401	Риск перелома каких костей может снижаться у пациентов с остеопорозом при назначении бисфосфонатов
	Компрессионных переломов позвонков
	Перелома бедра
	Переломов рёбер
	Перелома голени
402	Какой гормон стимулирует всасывание кальция в кишечнике?
	Паратгормон
	Кальцитриол
	Кортизол
	Кальцитонин
	Тироксин
403	Почечную экскрецию кальция ингибируют
	Паратгормон
	Кальцитриол
	Высокое содержание фосфора в пище
	Низкое содержание кальция в пище
	Высокое содержание натрия в пище
404	Какие симптомы характерны для гипопаратиреоза?
	Хвостека
	Труссо
	Кернига
	Мориака
405	Метод выбора при лечении первичного гиперпаратиреоза
	Хирургическое удаление аденомы околощитовидной железы
	Медикаментозное лечение препаратами витамина Д
	Терапия радиоактивным йодом
	Медикаментозное лечение фосфатбиндерами
406	Для вторичного гиперпаратиреоза характерно
	Гипокальциемия
	Гиперкальциемия
	Снижение уровня паратгормона
	Гипофосфатемия
407	При необходимости проведения консервативного лечения первичного гиперпаратиреоза используются
	Кальцимитетики
	Терипаратид
	Тиреоидные гормоны
	Глюкокортикостероиды
408	Наиболее распространенной причиной развития гиперфосфатемии является
	Хроническая почечная недостаточность

	Острая почечная недостаточность
	Печеночная недостаточность
409	К нативным препаратам витамина Д относится
	Колекальциферол
	Альфакальцидол
	Кальцитриол
	Рокальтрол
410	К активным метаболитам витамина Д относится
	Кальцитриол
	Колекальциферол
	Эргокальциферол
	Дегидротахистерол
411	Адекватным является уровень 25(ОН)витамина Д в крови
	Более 30 нг/мл
	Менее 30 нг/мл
	Более 100 нг/мл
	Более 75 нг/мл
412	Реабилитация пациентов с остеопоротическим переломом после хирургического лечения включает
	Раннюю активизацию пациентов, физические нагрузки
	Лечение остеопороза
	Иммобилизацию конечности
	Прием кальция и витамина Д3
413	Профилактика повторных остеопоротических переломов включает
	Назначение деносумаба
	Назначение бисфосфанатов
	Назначение терипаратида
	Назначение менопаузальной гормональной терапии
	Протезирование шейки бедра
414	Факторы риска падений при остеопорозе
	Старческий возраст
	Саркопения
	Аритмии
	Дефицит витамина D
	Дефицит витамина А
	Регулярные физические нагрузки
1	Патология репродуктивной системы
415	Основная функция репродуктивной системы
	Саморегуляция
	Поддержание гомеостаза
	Продолжение биологического вида
	Участие в энергетических процессах
	Гормональная регуляция
416	Гормоны, синтезируемые гипофизом
	Пролактин
	Гонадотропин-рилизинг гормон
	Эстрадиол
	Прогестерон
	Ингибин
417	Принцип отрицательной обратной связи в регуляции репродуктивной системы характеризуется тем, что

	При снижении концентрации периферических гормонов усиливаются синтез и выделение рилизинговых и гонадотропных гормонов
	В ответ на значительное повышение эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция гонадотропинов
	В ответ на снижение концентрации периферических гормонов увеличивается чувствительность рецепторов к ним
418	Принцип положительной обратной связи в регуляции репродуктивной системы характеризуется тем, что
	При снижении концентрации периферических гормонов снижается продукция ЛГРГ
	При снижении концентрации периферических гормонов усиливаются синтез и выделение рилизинговых и гонадотропных гормонов
	В ответ на значительное повышение эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция ГНРГ и гонадотропинов
419	Профилактика задержки полового созревания при сахарном диабете 1 типа
	Компенсация сахарного диабета
	Уменьшение доз инсулина
	Применение бигуанидов
	Применение препаратов сульфонилмочевины
420	Количественная оценка гирсутного синдрома проводится по шкале
	Бека
	Хеллингера
	Василенко-стражеско
	Ферримана-голлвея
421	Автономная активизация гонад наблюдается при синдроме
	Рассела-сильвера
	Маккьюна-Олбрайта-Брайцева
	Ван Вика-Грамбаха
	Киари-фроммеля
422	Реализация негативных эффектов оральных контрацептивов отмечается при использовании
	Высокодозированных оральных контрацептивов
	Низкодозированных оральных контрацептивов
	Ультранизкодозированных оральных контрацептивов
423	Для андрогенной алопеции характерно
	Диффузное облысение
	Выпадение волос в лобно-теменных зонах
	Очаговое облысение
	Полное облысение
424	Нормальный возраст наступления менопаузы
	48-52 года
	45-50 лет
	45-55 лет
	50-60 лет
425	Вазомоторные симптомы в перименопаузе коррелируют
	С уровнем паратгормона
	С уровнем ТТГ
	С возрастом пациентки
	С толщиной комплекса интима-медиа сонной артерии
426	При генитоуринарном синдроме происходят
	Атрофические изменения в слизистой влагалища
	Усиление кровотока в области мочевого тракта, мышц малого таза
	Снижение pH влагалищной среды

427	Частота развития генитоуринарного синдрома у женщин с сахарным диабетом в менопаузе
	30%
	90%
	50%
428	Предпочтительная форма менопаузальной гормональной терапии у женщин с сахарным диабетом
	Пероральная
	Трансдермальная
	Инъекционная
429	При консервативной терапии синдрома поликистозных яичников применяются
	Эстрогены
	Агонисты дофамина
	Андрогены
	Комбинированные оральные контрацептивы
430	Гормон, секреция которого ингибируется при высокой концентрации в крови эстрогенов
	Прогестерон
	Адренкортикотропный гормон
	Фолликулостимулирующий гормон
	Тиретропный гормон
	Ингибин
431	Гинекомастия – это
	Увеличение ткани молочной железы у женщин
	Наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин
	Замещение ткани грудной железы на жировую у женщин
	Деформация молочных желез у женщин
	Замещение ткани грудной железы на жировую у мужчин
432	У больного с синдромом Клайнфельтера спермограмма характеризуется
	Некроспермией
	Нормальной спермограммой
	Олигозооспермией
	Азооспермией
	Олигоастеноспермией
433	Продолжительность нормального менструального цикла
	28-29 дней
	28-40 дней
	5-9 дней
	21-35 дней
	14-28 дней
434	Продолжительность нормальной менструации
	1-3 дня
	2-5 дней
	3-7 дней
	5-8 дней
	3-10 дней
435	Гонадотропин-рилизинг гормон контролирует секрецию
	Лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов
	Дофамина
	Пролактина
	Норадреналина
	Тиролиберина

436	Эндокринная функция яичек заключается в продукции
	Сперматозоидов
	Эстрогенов
	Андрогенов
	Глюкокортикостероидов
	Пролактина
437	Синтез гонадотропин-рилизинг гормона осуществляется в
	Передней доле гипофиза
	Задней доле гипофиза
	Ядрах гипоталамуса
	Нейронах коры большого мозга
	Нейронах мозжечка
438	Для стимуляции овуляции применяют
	Дидрогестерон
	Медроксипрогестерон
	Эстрадиола гемигидрат
	Кломифена цитрат
439	Основными стероидпродуцирующими тканями яичников являются
	Гранулеза, текальная оболочка
	Белочная оболочка
	Поверхностный эпителий
	Строма
440	Норма уровня общего тестостерона в крови у мужчин
	12,1-35 нмоль/л
	12,1-35 нг/мл
	12,1-35 нмоль/дл
	12,1-35 нг/дл
441	Первичный гипогонадизм наблюдается
	При синдроме Паскулиани
	При синдроме Каллманна
	При пролактиноме
	При анорхизме
442	Гипогонадотропный гипогонадизм наблюдается
	При анорхизме
	При крипторхизме
	При синдроме Клайнфельтера
	При синдроме Каллманна
443	Определение уровня тестостерона для исключения гипогонадизма рекомендуется
	При узловом эутиреоидном зобе
	При сахарном диабете 2 типа с избыточной массой тела
	У мужчин моложе 40 лет
	При нарушении сна
444	Нарушение морфологии сперматозоидов по данным спермограммы называется
	Астенозооспермия
	Тератозооспермия
	Олигозооспермия
	Азооспермия
445	Выработку тестостерона в яичках контролирует

	Лютеинизирующий гормон
	Фолликулостимулирующий гормон
	Адренкортикотропный гормон
	Тиреотропный гормон
446	Гормоны, синтезируемые яичником
	Прогестерон
	Эстрадиол
	Фолликулостимулирующий гормон
	Лютеинизирующий гормон
	Гонадотропин-рилизинг гормон
447	Факторы, негативно влияющие на становление женской репродуктивной системы
	Курение
	Раннее начало половой жизни
	Экологические факторы
	Отклонения веса
	Качественный метаболический контроль
448	При подозрении на гипогонадизм в обследование входит определение уровней
	Общего тестостерона
	Глобулина, связывающего половые стероиды
	Адренкортикотропный гормон
	Лютеинизирующий гормон
449	Лютеиновая фаза менструального цикла характеризуется
	Ростом и развитием фолликулов
	Секрецией прогестерона
	Низкой базальной температурой
	Секрецией эстрогенов
	Различной продолжительностью
450	Критерии диагностики синдрома поликистозных яичников
	Поликистозные яичники по данным УЗИ
	Олиго-ановуляция
	Клинические/биохимические признаки гиперандрогении
	Исключение других патологий
	Повышение эстрадиола
451	Требования к современным методам контрацепции
	Парентеральный путь доставки
	Быстрое восстановление фертильности после отмены контрацепции
	Высокая надежность
	Максимальная безопасность
	Защита от инфекций
452	Предпочтительные формы эстрогенов для менопаузальной гормональной терапии у женщин с сахарным диабетом
	Низкодозированная
	Среднедозированная
	Высокодозированная
	Ультранизкодозированная
453	Использование трансдермальных форм для менопаузальной гормональной терапии у женщин с сахарным диабетом
	Снижает риск инфаркта миокарда
	Повышает риск инсульта
	Не повышает риск инсульта

	Снижает уровень артериального давления
454	Противопоказания к назначению менопаузальной гормональной терапии
	Кровотечение из половых путей неясного генеза
	Рак молочной железы, эндометрия, яичников
	Хронический гепатит
	Острый тромбоз глубоких вен
	Варикозная болезнь вен нижних конечностей
455	Показания для назначения менопаузальной гормональной терапии
	Вазомоторные симптомы с изменением настроения, нарушением сна
	Симптомы генитоуринарного синдрома, сексуальная дисфункция
	Кровотечение из половых путей неясного генеза
	Низкое качество жизни, связанное с климактерием, включая артралгии, мышечные боли, снижение памяти
	Профилактика и лечение остеопороза
456	Развитие синдрома Шихана может быть обусловлено
	Гипоксией гипофиза
	Некрозом гипофиза
	Инфарктом гипофиза
	Поражением гипоталамуса
	Аутоиммунным поражением надпочечников
457	При синдроме Шихана необходимо назначить
	Половые гормоны
	Тиреоидные гормоны
	Глюкокортикоиды
	Тиреостатики
	Гормон роста
458	Развитию гинекомастии способствует применение
	Спазмолитиков
	Ацетилсалициловой кислоты
	Препаратов хорионического гонадотропина
	Ибупрофена
	Спиронолактона
459	Лабораторные маркеры синдрома Шерешевского-Тернера
	Повышение уровня гонадотропных гормонов
	Снижение уровня эстрогенов
	Повышение уровня гормона роста
	Снижение ИФР-1
	Снижение ТТГ
460	Клиническими проявления синдрома Клайнфельтера являются
	Недоразвитость половых органов
	Гинекомастия
	Бесплодие
	Низкорослость
	Пропорциональное телосложение
461	Возможные причины гипогонадизма у мужчин
	Избирательное выпадение секреции ЛГ
	Избирательное выпадение секреции ФСГ
	Опухоль гипофиза
	Гемохроматоз
	Избыточная продукция АКТГ

462	Для синдрома Клайнфельтера характерно
	Развитие заболевания только у мужчин
	Положительный половой хроматин
	Гипогонадизм
	Гипотиреоз
	Бесплодие
463	К прогестинам с антиандрогенной активностью относятся
	Норэтистерон
	Левоноргестрел
	Дросперинон
	Диеногест
464	К зарегистрированным в России антиандрогенам относятся
	Флутамид
	Ципротерона ацетат
	Спиронолактон
	Метформин
1	Нарушение метаболизма
465	Лекарственные препараты для лечения ожирения назначают при
	Индексе массы тела менее 19 кг/м ²
	Индексе массы тела более 19 кг/м ²
	Индексе массы тела менее 27 кг/м ²
	Ожирении, осложненном депрессией
466	Расстройство приёма пищи, характеризующееся значительно сниженным весом тела, преднамеренно вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса
	Ожирение
	Булимия
	Нервная анорексия
	Гипотрофия
467	Распространенность ожирения в России составляет
	20%-30% людей трудоспособного возраста
	40% людей трудоспособного возраста
	5% людей трудоспособного возраста
	70% людей трудоспособного возраста
	60% людей трудоспособного возраста
468	Ожирение I степени диагностируют при ИМТ
	18,5-24,9 кг/м ²
	25-29,9 кг/м ²
	30-34,9 кг/м ²
	35-39,9 кг/м ²
	≥40 кг/м ²
469	Ожирение II степени диагностируют при ИМТ
	18,5-24,9 кг/м ²
	30-34,9 кг/м ²
	25-29,9 кг/м ²
	35-39,9 кг/м ²
	≥40 кг/м ²
470	Ожирение III степени диагностируют при ИМТ
	18,5-24,9 кг/м ²

	30-34,9 кг/м ²
	25-29,9 кг/м ²
	35-39,9 кг/м ²
	≥40 кг/м ²
471	Нормальное значение ИМТ
	18,5-24,9 кг/м ²
	30-34,9 кг/м ²
	<18,5 кг/м ²
	25-29,9 кг/м ²
	35-39,9 кг/м ²
472	Дефицит массы тела соответствует ИМТ
	<18,5 кг/м ²
	18,5-24,9 кг/м ²
	30-34,9 кг/м ²
	35-39,9 кг/м ²
	25-29,9 кг/м ²
473	Рекомендованный рацион питания для пациента с ожирением
	Щадящий вариант диеты
	Низкокалорийный вариант диеты
	Высокобелковый вариант диеты
	Основной вариант диеты
474	При сгорании 1 г пищевых жиров выделяется
	4 ккал
	6 ккал
	8 ккал
	9 ккал
	20 ккал
475	При сгорании 1 г белков выделяется
	4 ккал
	6 ккал
	8 ккал
	9 ккал
	20 ккал
476	К сложным углеводам относится
	Фруктоза
	Сахароза
	Лактоза
	Крахмал
	Глюкоза
477	Фармакодинамические эффекты, характерные для сибутрамина
	Возбуждение центров насыщения в гипоталамусе
	Стимуляция термогенеза
	Повышение основного обмена
	Замедление эвакуации желудочного содержимого
	Подавление всасывания жиров в кишечнике
478	Обследование пациента с ожирением включает
	Исследование липидного спектра крови
	Оральный глюкозотолератный тест
	Измерение АД, при необходимости суточное мониторирование АД
	Исследование суточной экскреции метилированных катехоламинов

	Исследование уровня антител к рецепторам ТТГ
479	Для лечения ожирения применяются Препараты гормонов щитовидной железы Стимуляторы центров насыщения в гипоталамусе (анорексигенные препараты) Бигуаниды Препараты, нарушающие всасывание жиров в кишечнике
480	Эндокринными причинами вторичного ожирения могут быть Гипокортицизм Болезнь Иценко-Кушинга Гипогонадизм Гипопаратиреоз Болезнь Грейвса
481	Генетическими заболеваниями, сопровождающимися ожирением, являются Синдром прадера-вилли Синдром марфана Синдром барде-бидля Синдром берьесона-форссмана-леманна
482	Прибавка массы тела может наблюдаться при приеме Трициклических антидепрессантов Глюкокортикоидов Препаратов гормонов щитовидной железы Инсулина Препаратов сульфонилмочевины
483	Рекомендации по коррекции образа жизни для профилактики сахарного диабета 2 типа у пациентов с избыточной массой тела включают Регулярная физическая активность не менее 30 минут в день Ежедневные силовые нагрузки высокой интенсивности Увеличение потребления пищевых волокон (клетчатки) Увеличение потребления поваренной соли
484	Оценка состава тела методом биоимпедансометрии позволяет определить Массу жира (кг, %) Массу скелетных мышц Общее содержание воды в организме Массу миокарда
485	К факторам риска возникновения ожирения относятся Депрессивные расстройства Сахарный диабет типа 1 Малоподвижный образ жизни Возрастной гипогонадизм Генетическая предрасположенность к ожирению
486	Суточная потребность в энергии человека определяется следующими факторами Возраст Характер трудовой деятельности Масса тела Расовая принадлежность
487	Основными проявлениями синдрома Пиквика являются Морбидное ожирение Алопеция Сонливость

	Гиповентиляция
	Гипохолестеринемия
488	Факторами нарушения питания человека являются
	Переедание
	Умеренные физические нагрузки
	Недоедание
	Несбалансированность питания
	Хронические заболевания
489	Недостаток кальция в питании может проявляться следующими заболеваниями и состояниями
	Остеопения
	Ревматоидный артрит
	Остеопороз
	Кариес
	Нарушение работы органов ЖКТ
490	Высокая распространенность ожирения в развитых странах объясняется
	Наличием сбалансированного регулярного питания
	Недостатком в рационе питания белка
	Избытком жира в рационе питания
	Недостатком в рационе питания клетчатки
	Недостатком витаминов группы В и Д
491	После проведения бариатрических операций по поводу морбидного ожирения могут появиться перечисленные ниже метаболические осложнения
	Снижение содержания сывороточного железа
	Дефицит витамина В12
	Гипокальциемия
	Гипопротеинемия
492	Для лечения алиментарно-конституционального ожирения применяются
	Ингибиторы липазы пищеварительного тракта
	Ингибиторы расщепления олигосахаридов и дисахаридов (акарбоза)
	Синтетические катехоламины (фенилпропаноламин)
	Гормоны щитовидной железы
493	Для ожирения характерны следующие метаболические изменения
	Повышение уровня общего холестерина
	Повышения уровня липопротеидов высокой плотности
	Повышение уровня липопротеидов низкой плотности
	Снижение уровня триглицеридов
494	К факторам риска, способствующим развитию ожирения, относятся
	Наследственность
	Изменения структуры питания
	Снижение физической активности населения
	Возраст старше 40 лет
495	Заболевания, часто развивающиеся на фоне ожирения
	Неалкогольная жировая болезнь печени
	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
	Неспецифический язвенный колит
	Синдром поликистозных яичников
496	Лираглутид – препарат, применяющийся для лечения ожирения, относится к группе
	Агонистов рецептора глюкагоноподобного пептида-1
	Инибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа

	Ингибиторов кишечной липазы
	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
497	Алиментарные факторы, способствующие развитию ожирения
	Увеличение калорийности рациона
	Употребление овощей в больших количествах
	Преобладание в рационе животных жиров
	Избыточное употребление углеводов
498	Заболевание, ассоциированное с ожирением
	Узловой зоб
	Гломерулонефрит
	Сахарный диабет
	Рак молочной железы
	Неспецифический язвенный колит
499	У человека индивидуальный расход энергии зависит от следующих факторов
	Основной обмен
	Физическая активность
	Жировой обмен
	Углеводный обмен
500	Ожирение чаще развивается при преобладании в рационе
	Белков
	Грубоволокнистых углеводов
	Жиров
	Поваренной соли
	Мясных продуктов
501	В понятие «Метаболический синдром» у взрослых входят
	Артериальная гипертензия
	Абдоминальное ожирение
	Инсулинорезистентность
	Дислипидемия
	Гипотиреоз
502	Основным патогенетическим звеном метаболического синдрома является
	Гиперлептинемия
	Инсулинорезистентность
	Дисфункция эндотелия
	Дефицит синтеза инсулина
	Гиперурикемия
503	Основными принципами диетотерапии при ожирении являются
	Исключение всех жиров
	Снижения калорийности
	Исключение сложных углеводов
	Уменьшение клетчатки в рационе
	Увеличение клетчатки в рационе
504	При ожирении избыток жировой ткани у женщин
	Усугубляет проявления синдрома поликистозных яичников
	Приводит к развитию гипотиреоза
	Уменьшает проявления синдрома поликистозных яичников
	Снижает инсулинорезистентность
505	Снижение массы тела при использовании лираглутида происходит за счет
	Снижения аппетита

	Активации липолиза
	Увеличения 24-часового расхода энергии
	Подавления секреции инсулина
506	Целью консервативного лечения ожирения является снижение массы тела на
	5-10% в течение 3-6 месяцев и удержание результата
	30-40% в течение 3-6 месяцев и удержание результата
	На 10 кг за 1 год
	5-10 кг в течение 3-6 месяцев
507	Показания к отмене препарата сибутрамин при лечении ожирения
	Учащение пульса более чем на 10 ударов в минуту
	Снижение массы тела более 2 кг за 1 месяц
	Отсутствие эффекта через 2 недели приема
	Потеря аппетита
508	Показания к хирургическому лечению ожирения
	ИМТ более 40 кг/м ²
	ИМТ более 30 кг/м ²
	Ожирение по центральному типу
	ИМТ 35–40 кг/м ² при наличии сопутствующих ожирению
	Заболеваний, при которых следует ожидать улучшения по мере снижения массы тела (сахарный диабет 2 типа, заболевания сердечно-сосудистой системы, поражение суставов, СОАС)
1	Эндокринопатии во время и после гестации
509	Гестационный сахарный диабет характеризуется гипергликемией, выявленной
	При планировании беременности
	Впервые при беременности
	До настоящей беременности
	После родоразрешения
510	Пероральный глюкозотолерантный тест для скрининга гестационного сахарного диабета проводится на сроке
	20-24 недели беременности
	22-24 недели беременности
	24-28 недель беременности
	30-32 недели беременности
511	С увеличением срока беременности потребность в инсулине
	Повышается
	Не меняется
	Снижается
	Снижается во 2м триместре и повышается в 3м триместре
512	К факторам риска развития гестационного сахарного диабета относятся
	Гестационный сахарный диабет в анамнезе
	Наличие дислипидемии
	Артериальная гипертензия в анамнезе
	Глюкозурия во время предшествующей или данной беременности
513	Какой уровень гликемии в венозной плазме натощак свидетельствует в пользу гестационного сахарного диабета?
	Любой уровень, превышающий 5,1 ммоль/л
	5,1-6,9 ммоль/л
	6,1-6,9 ммоль/л
	7,0 ммоль/л и больше
514	Какой уровень глюкозы в венозной плазме свидетельствует в пользу гестационного сахарного диабета при проведении перорального глюкозотолерантного теста?

	7,0 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
	7,8 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
	9,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
	10,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
515	Целевой уровень гликемии в препрандиальной венозной плазме у беременных с гестационным сахарным диабетом
	Меньше 5,1 ммоль/л
	Меньше 5,5 ммоль/л
	Меньше 6,1 ммоль/л
	Меньше 7,0 ммоль/л
516	Целевой уровень гликемии у беременных с гестационным сахарным диабетом через 1 час после еды
	Меньше 7,0 ммоль/л
	Меньше 8,0 ммоль/л
	Меньше 9,0 ммоль/л
	Меньше 10,0 ммоль/л
517	Какой уровень гликемии в постпрандиальной венозной плазме свидетельствует в пользу гестационного сахарного диабета при проведении перорального глюкозотолерантного теста?
	7,8 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
	8,5 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
	9,0 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
	9,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
518	Возможные варианты лечения сахарного диабета во время беременности
	Только немедикаментозное лечение (любые сахароснижающие препараты запрещены)
	Немедикаментозное лечение и препараты инкретинового ряда
	Немедикаментозное лечение и препараты сульфонилмочевины
	Немедикаментозное лечение и инсулинотерапия
519	Для лечения артериальной гипертонии у беременных можно использовать препарат
	Эналаприл
	Метилдопа
	Лозартан
	Валсартан
520	Для лечения сахарного диабета у беременных можно использовать
	Меглитиниды
	Гиазолидиндионы
	Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
	Ингибиторы дипептидилпептидазы-4
	Инсулин
521	Основной целью лечения болезни Грейвса-Базедова во время беременности является
	Поддержание низконормального уровня свободного Т4 и высококонормального уровня ТТГ
	Поддержание уровня свободного Т4 на верхней границе нормы или несколько выше нормы при минимальном назначении тиреостатиков
	Нормализация уровня ТТГ и общего Т4
	Нормализация уровня антител к рецептору ТТГ
522	Гестационный сахарный диабет может быть причиной следующих неблагоприятных изменений
	Многоплодной беременности
	Повышения риска возникновения эклампсии
	Повышения риска развития дистресс-синдрома плода
	Возникновения брадикардии у плода
	Повышения риска возникновения преэклампсии

523	Женщинам с гипотиреозом, получающим левотироксин натрия, при наступлении беременности необходимо
	Увеличить дозу препарата на 20-30%
	Увеличить дозу препарата до 1,6 мкг/кг массы тела
	Увеличить дозу препарата до 10 мкг/кг массы тела
	Увеличить дозу препарата на 50%
524	Развитию инсулинорезистентности во время беременности способствуют следующие факторы
	Расширение физической активности
	Повышение содержания в крови гормонов фетоплацентарного комплекса
	Гиподинамия
	Увеличение массы висцерального жира у беременной
	Потребление более 3 г поваренной соли в сутки
525	Профилактика йоддефицита во время беременности обеспечивается приемом
	100 мкг/сут йодида калия
	100 мкг/сут левотироксина
	200-250 мкг/сут йодида калия
	Раствора люголя
526	Какой из перечисленных ниже препаратов предпочтительно применять в первом триместре беременности для лечения болезни Грейвса-Базедова?
	Раствор Люголя
	Тиамазол
	Пропилтиоурацил
	Атенолол
527	Какую схему лечения рекомендовано использовать для купирования тиреотоксикоза при болезни Грейвса?
	«Блокируй»
	«Блокируй - замещай»
	«Замещай»
528	Беременным с гипопаратиреозом, протекающим с клиническими проявлениями гипокальциемии, показано лечение, включающее
	Диета, богатая кальцием + препараты витамина Д
	Диета, богатая кальцием + препараты кальция + препараты витамина Д
	Диета, богатая кальцием + препараты кальция
	Интактный рекомбинантный человеческий паратгормон
529	Целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентов с СД на этапе планирования беременности
	Менее 6,5%
	Менее 7,0%
	6,5-7,0%
	Менее 6,0%
530	Для женщины с сахарным диабетом зачатие нежелательно
	При длительной инсулинотерапии
	При тяжелой нефропатии с уровнем креатинина сыворотки более 120 мкмоль/л
	При ИМТ 20-25 кг/м ²
	При длительности сахарного диабета более 5 лет
531	Уровень гликемии в постпрандиальной венозной плазме, свидетельствующий в пользу манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета при проведении перорального глюкозотолерантного теста при беременности
	> 7,8 ммоль/л через 1 час и 2 часа после приёма глюкозы
	> 8,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
	> 9,5 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
	> 11,1 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы

532	Беременность, развившаяся на фоне СД, сопровождается
	Риском прогрессирования сосудистых осложнений (ретинопатии, нефропатии, ИБС)
	Более стабильным течением сахарного диабета
	Риском развития многоплодной беременности
	Снижением риска гипогликемий
533	Возможные подходы к лечению тиреотоксикоза (различной этиологии) при беременности
	Медикаментозная терапия бета-блокаторами
	Медикаментозная терапия тиреостатиками
	Радиойодтерапия
	Хирургическое лечение
534	Если у пациентки, находящейся в третьем триместре беременности, выявлено небольшое снижение уровня Т4 св. (при уровне ТТГ менее 2,5 мЕд/л), то это состояние обозначается как
	Субклинический гипотиреоз
	Первичный гипотиреоз
	Изолированная гестационная гипотироксинемия
	Акушерская патология
535	Какие из перечисленных ниже препаратов инсулина разрешено назначать беременным с сахарным диабетом
	Лизпро
	Инсулин изофан
	Гларгин 300 ЕД/мл
	Аспарт
	Аспарт двухфазный
536	При гестационном сахарном диабете, протекающем без признаков фетопатии, назначают
	Диету с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров, а также самоконтроль гликемии, по результатам которого решается вопрос о назначении инсулинотерапии
	Диету с полным исключением жиров и бигуаниды
	Самоконтроль гликемии, по результатам которого решается вопрос о назначении препаратов сульфонилмочевины
	Диету с ограничением легкоусвояемых углеводов
	Немедленно начинают инсулинотерапию
537	Диабетическая фетопатия характеризуется следующими признаками
	Большой размер плода
	Гепато-спленомегалия
	Врожденные пороки сердца
	Нарастающее многоводие
	Формирования гистонесовместимости матери и плода
538	К факторам риска развития гестационного сахарного диабета относятся
	ИМТ до беременности менее 25 кг/м ²
	Дефицит массы тела
	СД у ближайших родственников
	Аутоиммунный тиреоидит
	Отягощенный акушерский анамнез (рождение ребенка весом ≥ 4000 г, перинатальная гибель плода)
539	Особенности течения сахарного диабета типа 1 у беременных женщин
	В первом триместре беременности потребность в инсулине снижается или не меняется
	В первом триместре беременности повышается потребность в инсулине
	С 36-й недели беременности ухудшается течение диабета (возрастает потребность в инсулине, повышается склонность к кетоацидозу)
	С 6-8-й недели беременности диабет приобретает более стабильное течение (снижается риск развития кетоацидоза)

540	Тестом первого уровня в диагностике дисфункции щитовидной железы в I триместре беременности является
	Определение уровня свободного тироксина
	Определение уровня общего тироксина
	Определение уровня тироксин-связывающего глобулина
	Определение уровня ТТГ
	Определение уровня трийодтиронина
541	Референсный диапазон уровня ТТГ в I триместре беременности
	0,2-3,0 мЕд/л
	0,1-2,5 мЕд/л
	0,4-4,0 мЕд/л
	0,3-3,0 мЕд/л
	0,1-4,0 мЕд/л
542	I фаза скрининга гестационного сахарного диабета проводится на сроке
	6-8 недель
	При первом обращении беременной к врачу
	24-28 недель
	20-24 недели
543	В качестве гипотензивной терапии у больных сахарным диабетом во время беременности допустимо применение
	Ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
	Селективных β -адреноблокаторов
	Метилдопы
	Блокаторов рецепторов к ангиотензину
	Антагонистов кальция
544	В первом триместре беременности при диффузном токсическом зобе предпочтительно назначение
	Тиамазола
	Карбоната лития
	Бета-адреноблокаторов
	Пропилтиоурацила
545	Гестационный сахарный диабет характеризуется
	Манифестацией во 2-ом триместре беременности
	Наличием четкой связи с генами главного комплекса гистосовместимости
	Частой манифестацией у женщин моложе 25 лет
	Необходимостью прерывания беременности
546	У женщин с послеродовым тиреоидитом значительно повышен риск развития
	Подострого тиреоидита
	Болезни Грейвса-Базедова
	Гипотиреоза
	Узлового зоба
547	В лечении тиреотоксической фазы послеродового тиреоидита при выраженной тахикардии используют
	Тиреостатики
	Бета-блокаторы
	Левотироксин
	Альфа-блокаторы
548	Через какой период времени после родоразрешения рекомендуется проведение перорального глюкозотолерантного теста для реклассификации состояния после перенесенного гестационного сахарного диабета?
	24-28 недель
	6-12 недель

	2 недели
	14-18 недель
549	Уровень гликемии в венозной плазме натощак, свидетельствующий в пользу манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета при беременности
	Любой уровень, превышающий 5,1 ммоль/л
	5,1-6,9 ммоль/л
	6,1-6,9 ммоль/л
	7,0 ммоль/л и более
550	Субклинический тиреотоксикоз во время беременности в первом триместре беременности
	Может быть проявлением тиреостимулирующего действия хорионического гонадотропина человека
	Требуется обязательного назначения тиреостатической терапии
	Является показанием к аборту
	Требуется проведения сцинтиграфии
551	Лечение тиреотоксикоза по схеме «блокируй – замещай» противопоказано
	Лицам пожилого возраста
	При беременности
	Подросткам
	В постменопаузе
552	Абсолютным противопоказанием к проведению радиойодтерапии является
	Молодой возраст
	Пожилой возраст
	Наличие сахарного диабета
	Беременность
553	Для тиреотоксической фазы послеродового тиреодита характерно
	Повышение титра антител к рецептору ТТГ
	Снижение захвата радиойода щитовидной железой при сцинтиграфии
	Преимущественное повышение уровня Т3 крови
	Увеличенный объем щитовидной железы
554	Подавление продукции ТТГ во время беременности обусловлено
	Избыточной секрецией пролактина
	Развитием болезни Грейвса-Базедова
	Деструкцией щитовидной железы
	Стимулирующим влиянием хорионического гонадотропина на синтез тиреоидных гормонов
555	В группу риска развития гипотиреоза во время беременности входят женщины
	С узловым эутиреоидным зобом
	С носительством антител к ТПО
	С семейной предрасположенностью к развитию узлового зоба
	С сахарным диабетом 2 типа
556	Решение о назначении инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете принимается
	Через 1 месяц при недостижении целевых уровней гликемии на фоне диетотерапии
	Через 1-2 недели при недостижении целевых уровней гликемии на фоне диетотерапии
	Сразу после постановки диагноза
	Перед родоразрешением
557	Большая масса тела ребенка при сахарном диабете может быть обусловлена
	Гипергликемией
	Гипоинсулинизмом плода
	Снижением уровня плацентарного лактогена
	Повышением уровня АКТГ

558	Повышение уровня тироксин-связывающего глобулина во время беременности способствует повышению содержания
	Свободных фракций тироксина и трийодтиронина
	Общего тироксина и трийодтиронина
	ТТГ
	Пролактина
1	Аутоиммунные полигландулярные синдромы
559	Субклиническая форма аутоиммунного полигландулярного синдрома представляет собой
	Наличие одного аутоиммунного заболевания
	Сочетание одного аутоиммунного заболевания с серологическими маркерами других составляющих аутоиммунного синдрома
	Наличие двух манифестных заболеваний эндокринных желез
	Наличие серологических маркеров поражения эндокринных желез
560	Патогномоничным для развития первичной надпочечниковой недостаточности аутоиммунного генеза является
	Наличие антител к 21-гидроксилазе
	Наличие антител к ткани коры надпочечников
	Наличие антител к β -клеткам поджелудочной железы
	Наличие антител к эндомизию
561	Патогномоничным для развития аутоиммунных заболеваний щитовидной железы является
	Наличие антител к 21-гидроксилазе
	Наличие антител к тиреоглобулину
	Наличие антител к ТПО
	Наличие антител к эндомизию
	Наличие антител к париетальным клеткам желудка
562	Патогномоничным серологическим маркером для развития сахарного диабета 1 типа является
	Наличие антител к 21-гидроксилазе
	Наличие антител к глутаматдекарбоксилазе
	Наличие антител к β -клеткам поджелудочной железы
	Наличие антител к эндомизию
	Наличие антител к тирозинфосфатазе
563	При выявлении аутоиммунного гипотиреоза перед назначением заместительной терапии препаратами левотироксина важно исключить
	Первичную надпочечниковую недостаточность
	Целиакию
	Пернициозную анемию
	Атрофический гастрит
564	При аутоиммунном полигландулярном синдроме при повышении уровня антител к 21-гидроксилазе проводятся исследования
	Уровня базального кортизола
	Уровня АКТГ
	Активности ренина плазмы
	Проведение теста с синактеном
	Суточной экскреции метанефрина, норметанефрина
565	Начало терапии препаратами левотироксина у пациентов с аутоиммунным гипотиреозом и недиагностированной болезнью Аддисона может спровоцировать
	Развитие ятрогенного тиреотоксикоза
	Манифестацию надпочечниковой недостаточности и развитие Адреналового криза
	Нормализацию функции коры надпочечников
	Развитие эндокринной офтальмопатии

566	Принципы терапии при одновременном выявлении надпочечниковой недостаточности и первичного гипотиреоза
	В первую очередь назначается терапия минерало- и глюкокортикоидами
	В первую очередь назначаются препараты левотироксина
	Препараты левотироксина присоединяются после полной компенсации ХНН
	Препараты минерало- и глюкокортикоидов назначаются после компенсации гипотиреоза
567	У пациентов с СД1 тенденция к учащению гипогликемических состояний, требующая уменьшения дозы инсулина, может быть первым признаком
	Излечения от СД1
	Манифестации болезни Аддисона
	Гипогонадизма
	Целиакии
568	Критерии постановки диагноза аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
	Достаточно одного классического симптома (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность)
	Необходимо наличие минимум двух характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность)
	Необходимо наличие всех трех характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность)
	Необходимо наличие трех характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность) и одного дополнительного
569	Основой терапии аутоиммунных полигландулярных синдромов является
	Терапия иммуносупрессантами
	Заместительная гормональная терапия
	Антибактериальная терапия
	Терапия стволовыми клетками
570	При сахарном диабете 1 типа для исключения аутоиммунного полигландулярного синдрома рационально проводить исследования
	Уровня ТТГ
	Уровня кортизола в крови
	Уровня пролактина
	Уровня ИФР-1
1	Множественные эндокринные неоплазии
571	Маркером медуллярного рака щитовидной железы является
	Альфа-фетопротеин
	Кальцитонин
	Са 19-9
	Паратгормон
	Тиреоглобулин
572	Повышенный уровень кальцитонина в крови является маркером
	Токсической аденомы щитовидной железы
	Папиллярного рака щитовидной железы
	Фолликулярного рака щитовидной железы
	Медуллярного рака щитовидной железы
	Лимфомы
573	Медуллярный рак щитовидной железы
	Проявляется повышенной продукцией тиреоидных гормонов
	Развивается из фолликулярного эпителия щитовидной железы
	Отличается редким метастазированием в лимфатические узлы
	Является частью синдрома множественной эндокринной неоплазии 2 типа
574	К особенностям первичного гиперпаратиреоза при синдроме Вермера относится

	Поздний возраст дебюта заболевания
	Солидарная гиперплазия околощитовидной железы
	Гиперплазия всех околощитовидных желез
	Наличие половой принадлежности
575	Какой локализацией надпочечников характеризуется феохромоцитома при МЭН-2?
	Двусторонней надпочечниковой
	Правосторонней надпочечниковой
	Левосторонней надпочечниковой
	Вненадпочечниковой
576	Ген, отвечающий за развитие синдрома МЭН-1, кодирует белок
	Менин
	С-пептид
	Прокальцитонин
	Проинсулин
577	Профилактическая тиреоидэктомия при семейной форме МЭН-2 типа проводится с целью предотвращения и манифестации
	Медулярного рака щитовидной железы
	Диффузного токсического зоба
	Аутоиммунного тиреоидита
	Феохромоцитомы
	Анапластического рака щитовидной железы