

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ



УТВЕРЖДАЮ  
Директор ИДПО:  Л.С. Агаларова

 2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «Эндокринология»

(СРОК ОСВОЕНИЯ 144 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ)

Махачкала  
2019 г.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы дополнительного профессионального образования.

При разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Эндокринология» по специальности, в основу положены:

- Федеральный закон от 29 декабря 2012г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 1 июля 2013 г. N 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам".
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. N 66и "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях".
- Примерная дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология».

Дополнительная профессиональная программа одобрена на заседании кафедры Эндокринология, протокол № 1 от «24» 01 2019 г.,  
Заведующий кафедрой д.м.н., [подпись] подпись  
ФИО

Дополнительная профессиональная программа утверждена Ученым Советом ИДПО «ДГМУ» протокол № 1 от «15» 02 2019 г.,  
председатель, д.м.н. доцент [подпись] Л.С. Агаларова

**Разработчики:**

Зав.каф., к.м.н., доц. [подпись] Камалов К.Г.,  
(подпись)  
Зав.уч., к.м.н., доц.) [подпись] Арсланбекова А.Ч.,  
(подпись)

**Рецензенты:**

К.м.н., доц. кафедры терапии и эндокринологии ФУВ [подпись] Барыкина И.Н.  
ВолгГМУ  
Д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии №1 [подпись] Хасаев А.Ш.



УДК 616.43  
ББК 54.15

Актуальность дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология» обусловлена необходимостью постоянного совершенствования профессиональных компетенций врачей-эндокринологов по вопросам диспансеризации, маршрутизации эндокринных больных, ведение больных сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы с учетом эндемичности региона. Востребованностью в современных технологиях обследования и лечения эндокринных больных.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология» является учебно-методическим пособием, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения врачей по специальности «Эндокринология» в дополнительном профессиональном образовании.

Рецензенты:

К.м.н., доц. кафедры терапии и  
эндокринологии ФУВ ВолГМУ

  
Барыкина И.Н.

Д.м.н., проф. кафедры госпитальной  
терапии №1

  
Хасаев А.Ш.

**ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ**  
**дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей**  
**по специальности «Эндокринология»**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование документа</b>
<b>1</b>	<b>Титульный лист</b>
1.1	Оборот титульного листа
<b>2</b>	<b>Лист согласования программы</b>
<b>3</b>	<b>Лист дополнений и изменений</b> дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»
<b>4</b>	<b>Состав рабочей группы</b> дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»
<b>5</b>	<b>Пояснительная записка</b>
<b>6</b>	<b>Цель</b> дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология».
<b>7</b>	<b>Общие положения</b>
<b>8</b>	<b>Требования к итоговой аттестации</b>
<b>9</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b>
9.1	Характеристика новой квалификации и связанных с ней видов профессиональной деятельности, трудовых функций и (или) уровней квалификации
9.2	Квалификационные требования
9.3	Характеристика профессиональных компетенций врача-эндокринолога, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»
9.4	Характеристика новых профессиональных компетенций врача-эндокринолога, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология.»
<b>10</b>	<b>Учебный план</b> дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»
<b>11</b>	<b>Календарный учебный график</b>
<b>12</b>	<b>Формы аттестации</b>
12.1	Формы промежуточной аттестации
12.2	Формы итоговой аттестации
<b>13</b>	<b>Рабочие программы учебных модулей</b>
<b>14</b>	<b>Организационно-педагогические условия</b> реализации программы
14.1	Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности
14.2	<b>Учебно-методическое и информационное обеспечение</b>
14.2.1	Учебно-наглядные пособия
14.2.2	Перечень учебных учебно-методических материалов, изданных сотрудниками кафедры
14.3	<b>Программное обеспечение и Интернет-ресурсы</b>
14.3.1	Программное обеспечение
14.3.2	Интерактивные средства обучения
14.3.3	Интернет-ресурсы

14.4	Материально-техническое обеспечение
14.5	<b>Материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки</b>
14.5.1	Перечень тематических учебных комнат и лабораторий
14.5.2	<b>Учебные помещения</b>
14.5.2.1	Учебные кабинеты
14.5.2.2	Клинические помещения
<b>15</b>	<b>Реализация программы в форме стажировки</b>
<b>16</b>	<b>Приложения</b>
16.1	Кадровое обеспечение образовательного процесса
16.2	Основные сведения о программе

## 2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»

(срок освоения 144 академических часов)

## СОГЛАСОВАНО:

Проректор по лечебной работе:	12.02.19 (дата)	 (подпись)	Хамидов М.А. (ФИО)
Директор дополнительного профессионального образования института	12.02.19 (дата)	 (подпись)	Агаларова Л.С. (ФИО)
Декан дополнительного профессионального образования института	12.02.19 (дата)	 (подпись)	Гусейнова Р.К. (ФИО)
Заведующий кафедрой:	12.02.19 (дата)	 (подпись)	Камалов К.Г. (ФИО)

**3. ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ**

в дополнительной профессиональной образовательной программе повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»

№	Дата	Код	Изменения в содержании	Подпись заведующего кафедрой (протокол №, дата)

**4. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ**

по разработке дополнительной профессиональной программы  
повышения квалификации врачей по специальности  
«Эндокринология»

<b>№ пп.</b>	<b>Фамилия, имя, отчество</b>	<b>Ученая степень, звание</b>	<b>Занимаемая должность</b>	<b>Место работы</b>
1.	Камалов К.Г.	к.м.н., доцент	Заведующий кафедрой эндокринологии	ДГМУ
2.	Солтаханов Э.М.	к.м.н., доцент	Доцент кафедры эндокринологии.	ДГМУ
3.	Арсланбекова А.Ч.	к.м.н., доцент	Доцент кафедры эндокринологии	ДГМУ
4.	Шихсаидов И.И.	к.м.н., доцент	Доцент кафедры эндокринологии	ДГМУ

## 5. Пояснительная записка

Актуальность программы «Эндокринология» обусловлена необходимостью постоянного совершенствования профессиональных компетенций врачей-эндокринологов по вопросам диспансеризации, маршрутизации эндокринных больных, ведение больных сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы с учетом эндемичности региона, а также востребованностью в современных технологиях обследования и лечения эндокринных больных.

## 6. ЦЕЛЬ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология» состоит в совершенствовании и получении новых компетенций, необходимых для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

## 7. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### **Цель и задачи программы**

*вид программы обучающая*, 144 часов – 1 месяц (4 нед.).

*наименование программы* (далее – программа). Рабочая программа для факультета последиplomного образования.

**Цель:** профессиональной программы повышения квалификации в соответствии с программой «Эндокринология» приобретение новых знаний и умений по этиологии, патогенеза и клинике эндокринных заболеваний, овладение современными методами их диагностики, профилактики и лечения; подготовка к сертификационному экзамену по эндокринологии.

### **Задачи:**

1. Совершенствование практических навыков по оказанию первой врачебной помощи при возникновении неотложных состояний в клинике эндокринных болезней.
2. Овладение слушателями современными методами диагностики, лечения, реабилитации, профилактики заболеваний эндокринного профиля.
3. Приобретение слушателями новых знаний об этиологии, патогенезе заболеваний, современных классификациях болезней.
4. Формирование навыков изучения и умение реферировать научной литературы и официальных статистических обзоров.

**Категории обучающихся** врачи-эндокринологи.

**Актуальность программы и сфера применения обучающимися полученных компетенций (профессиональных компетенций).** Актуальность программы «Эндокринология» обусловлена необходимостью постоянного совершенствования профессиональных компетенций врачей-эндокринологов по вопросам диспансеризации, маршрутизации эндокринных больных, ведение больных сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы с учетом эндемичности региона. Востребованностью в современных технологиях обследования и лечения эндокринных больных.

**Трудоемкость освоения программы** 144 академических часов, в том числе 4 зач.ед.

**Форма обучения, режим и продолжительность занятий**

График обучения Форма обучения	Ауд. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (час)
с отрывом от работы	6	6	1 (144)

**8. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Итоговая аттестация по дополнительной программе повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология» проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-эндокринолога в соответствии с квалификационными требованиями, профессиональными стандартами и требованиями соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования к результатам освоения образовательной программы.

2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология».

3. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают удостоверение о повышении.

**Документ, выдаваемый после завершения обучения** лицам, успешно освоившим соответствующую дополнительную профессиональную программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации.

## **9. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ**

врачей, успешно освоивших дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»

**9.1. Характеристика новой квалификации и связанных с ней видов профессиональной деятельности, трудовых функций и (или) уровней квалификации.**

### **9.2. Квалификационные требования**

*Повышение квалификации работников организуются в соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. N 415н "Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения" (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., регистрационный N 14292), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2011 г. N 1644н (зарегистрирован Минюстом России 18 апреля 2012 г., регистрационный N23879), квалификационными характеристиками, предусмотренными Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., регистрационный N 18247).*

**9.3. Характеристика профессиональных компетенций врача-эндокринолога, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Эндокринология»**

Исходный уровень подготовки обучающихся – сформированные компетенции, включающие в себя способность/готовность: *К базовым, сформированным компетенциям, подлежащим совершенствованию, относятся общекультурные (ОК), общепрофессиональные (ОПК) и профессиональные (ПК) компетенции, которыми владеет врач к началу обучения из ординатуры.*

**9.4. Характеристика новых профессиональных компетенций врача-эндокринолога, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»:**

Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать новыми профессиональными компетенциями, включающими в себя способность/готовность:

1. способностью и готовностью выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний;

в лечебной деятельности:

2. способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, вызывающих тяжелые осложнения и (или) летальный исход эндокринной системы.

У обучающегося совершенствуются следующие общепрофессиональные компетенции (далее ОПК):

1. способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности;

2. способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов

профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов;

3. способностью и готовностью использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции;

4. способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (ПК):

1. способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования;

2. способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

**Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:**

в диагностической деятельности:

1. способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования;

2. способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

3. способностью и готовностью выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний;

в лечебной деятельности:

4. способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, вызывающих тяжелые осложнения и (или) летальный исход эндокринной системы;

## 10. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология»

**Цель:**<sup>1</sup> получение новых компетенций, необходимых для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

**Категория обучающихся:** врачи-эндокринологи

**Трудоемкость обучения:** 144 часа

**Режим занятий:** 6 часов в день

**Форма обучения:** очная

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Трудоемкость		В том числе				Вид и форма контроля	ПК
		ЗЕ	акад. часы	Л	ПЗ	СЗ	ОСК		
<b>Рабочая программа учебного модуля 1 «Фундаментальные дисциплины»</b>								<b>Промежуточная аттестация (Зачет)</b>	<b>ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4</b>
1.1	Организация помощи эндокринным больным		6	4	2			Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
1.2	Клиническая анатомия и топография эндокринных органов		5	2	2	1		Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
1.3	Физиология эндокринных органов		5	2	2	1		Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
	<b>итого</b>	<b>0,4</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>			
<b>Рабочая программа учебного модуля 2 «Специальные дисциплины»</b>								<b>Промежуточная аттестация (Зачет)</b>	<b>ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4</b>
2.1	Диабетология	1,2	50	16	28	6		Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
2.2	Тиреоидология	1,1	36	14	18	4		Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
2.3	Нейроэндокринология	0,4	8	2	4	2		Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4

<sup>1</sup>Цель указывается в формулировке п.5.

2.4	Болезни надпочечников	0,3	12	4	6	2		Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
2.5	Нарушение фосфорно-кальциевого обмена	0,3	10	2	6	2		Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
	<b>итого</b>	<b>3,3</b>	<b>116</b>	<b>38</b>	<b>60</b>	<b>18</b>			
<b>Рабочая программа учебного модуля 3 «Симуляционный курс»</b>								<b>Промежуточная аттестация (Зачет)</b>	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
3.1	Неотложная помощь при ургентных состояниях в эндокринологии				6			Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
3.2	Аппаратные методы диагностики и лечения эндокринных заболеваний				6			Текущий контроль (тестовый контроль)	ПК 1, 2, 3, 4 ОПК 1, 2, 3, 4
	<b>итого</b>	<b>0,33</b>	12		12				
<b>Аттестационная работа</b>								<i>Итоговый тестовый контроль</i>	
<b>Итоговая аттестация</b>		<b>0,1</b>	<b>3</b>		<b>3</b>			<b>Экзамен (индивидуальное собеседование)</b>	
<b>Всего</b>		<b>4</b>	<b>144</b>	<b>46</b>	<b>78</b>	<b>20</b>			

### 11. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК<sup>2</sup>

Дни цикла	Часы	Лекц. / Практ. зан./ Семинар. зан./ Симул. зан.	Тема
1	2	Л	Организация помощи эндокринным больным в РФ
	2	П	Современные подходы к профилактике эндокринных заболеваний
	2	Л	Эпидемиология эндокринных заболеваний
2	2	Л	Клиническая анатомия эндокринных органов
	2	П	Топографическая анатомия эндокринных органов
	2	Л	Физиология эндокринных органов
3	2	С	Курация больных
	2	П	Физиология эндокринной системы
	2	Л	Эпидемиология, профилактика сахарного диабета
4	2	Л	Эндокринология и патогенез сахарного диабета 1 типа
	2	П	Методы диагностики нарушений углеводного обмена
	2	С	Этиопатогенез, клиника СД-1. Лабораторная диагностика нарушений углеводного обмена.
5	2	Л	Этиопатогенез СД-2. Роль метаболических нарушений в патогенезе СД-2
	2	П	Клинический разбор больных с СД-1
	2	П	Клинический разбор больных с СД-2
6	2	Л	Поздние осложнения СД
	2	С	Поздние осложнения СД: д/нефропатия, д/нейропатия, классификация, клиника, лечение
	2	П	Д/нефропатия: диагностика и лечение по стадиям
7	2	П	Синдром «диабетической стопы»: классификация, диагностика, лечение. Разбор больного с синдромом «диабетической стопы»
	2	Л	Острые осложнения СД: диабетические комы, этиопатогенез.
	2	П	Клиника, диагностика и лечение, д/кетоацидотической комы. Разбор клинических задач
8	2	П	Гиперосмолярная кома: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
	2	П	Лактоацидотическая диабетическая кома, гипогликемическая кома, клиника, диагностика, лечение
	2	Л	СД у детей и подростков
9	1	С	СД и беременность
	2	Л	Диетотерапия СД-1 и СД-2
	2	П	Расчет каллорнажа.гликемический индекс, ХЕ
	1	Л	Лечение СД-2
10	2	П	Современные стандарты и рекомендации терапии у больных СД-2
	2	П	Современные стандарты терапии СД-2
	2	П	Виды инсулинов, методики инсулинотерапии.

<sup>2</sup>Календарный учебный график оформляется по форме утвержденной Учебно-методическим советом ИДПО ДГМУ отдельным файлом в формате Microsoft Word.

			Осложнения инсулинотерапия
11	2	С	Лечение СД-1 и СД-2
	2	П	Методы самоконтроля СД
	2	П	Профилактика СД-1 и СД-2
12	2	Л	Классификация заболеваний щитовидной железы
	2	С	Методы лабораторной диагностики заболеваний щитовидной железы
	2	П	Этиология, патогенез йододефицитных состояний
13	2	П	Эндемический зоб: диффузный, узловой, многоузловой. Лечение, профилактика
	2	Л	Токсическая аденома аденома щитовидной железы. Многоузловой токсический зоб. Показания к хирургическому лечению
	2	П	УЗИ щитовидной железы в диагностике узловых образований щитовидной железы. ТАБ щитовидной железы.
14	2	Л	Диффузный токсический зоб. Этиопатогенез, клиника, диагностика.
	2	П	Синдром гипертиреоза: классификация, диф.диагностика различных форм гипертиреозав
	2	С	Лечение ДТЗ
15	2	Л	Аутоиммунная офтальмопатия. Патогенез. Клиника.
	2	П	Лечение аутоиммунной офтальмопатии
	2	Л	Синдром гипотиреоза
16	2	Л	Хронические тиреоидиты, Этиопатогенез, классификация, клиника
	2	П	Лечение аутоиммунного тиреоидита
	2	П	Лечение синдрома гипотиреоза. Гипотиреоз и беременность. Врожденный гипотиреоз
17	2	П	Острый и подострый тиреоидиты. Патогенез, клиника, лечение
	2	Л	С-г щитовидной железы. Частота, кулассификацияЮ, клиника, диагностика, лечение
	2	П	Контроль после оперативного лечения С-г щитовидной железы.
18	2	Л	Физиология фосфорно-кальциевого обмена
	2	П	Гиперпаратиреоз. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
	2	П	Гипопаратирез. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
19	2	П	Разбор клинических задач
	2	С	Физиология фосфорно-кальциевого обмена
	2	Л	Опухоли коры надпочечников. Синдром гиперкортицизма.
20	2	С	Методы лабораторных и инструментальных исследований заболеваний коры надпочечников
	2	П	Инцидентолома. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Синдром гипокортицизма
	2	П	Разбор клинических задач
21	2	Л	Гиперальдостеронизм: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
	2	П	ВДКН: этиопатогенез, клиника

	2	Л	Нарушение секреции пролактина: пролактинома.
22	2	Л	Гиперпролактинемия: диагностика, лечение
	2	Л	Аденомы гипофиза: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
	2	П	Синдром пустого турецкого седла: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
23	6	Сим.	Неотложная помощь при ургентных состояниях в эндокринологии
24	6	Сим.	Аппаратные методы диагностики и лечения эндокринных заболеваний

## 12. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ

12.1. Формы промежуточной аттестации<sup>3</sup>: зачет

12.2. Форма итоговой аттестации<sup>4</sup>: экзамен

**Вопросы (ОПК 1,2,3,4; ПК 1, 2, 3, 4):**

Классификация СД.

Эндокринная офтальмопатия.

Синдром преждевременного полового развития. Клиника. Диагностика.

Синдром диабетической стопы. Диф. Диагностика между формами диаб. стопы.

Острая надпочечниковая недостаточность. Диагностика. Причины. Ведение больных.

Лечение синдрома гипогонадизма.

Диабетическая нефропатия. Диагностика. Классификация.

Синдром Конна (первичный альдостеронизм). Клиника. Диагностика.

Отличительные особенности 1 и 2 типов СД.

Основные показания к хирургическому лечению при б-ни Грейвса-Базедова.

Клиника хронической надпочечниковой недостаточности (б-ни Аддисона).

Классификация СД. Клиника. Диагностика. ГТТ.

Диффузный токсический зоб (б-нь Грейвса-Базедова) Клиника. Диагностика.

Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Клиника. Диагностика.

Гипогликемическая кома. Гипогликемические состояния. Клиника. Диагностика.

Лечение.

Гипотиреоз. Клиника. Диагностика. Лечение.

Первичный гиперальдостеронизм (с-м Конна).

Синдром диабетической стопы. Клиника. Диагностика.

Эндемический зоб (по ВОЗ). Критерии хронического йододефицита. Лечение и профилактика йододефицитных состояний.

Акромегалия и гигантизм. Диагностика. Клиника.

Диабетическая нейропатия. Классификация. Клиника. Диагностика.

Острый и подострый тиреоидит. Клиника. Диагностика. Лечение.

Ожирение. Классификация. Диагностика. Лечение.

Инсулинотерапия СД 1 типа. Базис-болюсная терапия. Принципы.

Тиреотоксический криз. Причины. Диагностика. Лечение.

Гипогонадизм. Классификация. Клиника.

Этиология и патогенез СД 1 типа.

Современные критерии йододефицита.

Акромегалия. Клиника. Диагностика.

Диабетическая нейропатия. Современная классификация. Диагностика.

Этиология и патогенез болезни Иценко-Кушинга.

Клиника и диагностика с-ма Шерешевского-Тернера

Гипогликеми. Гипогликемические состояния. Клиника. Диагностика. Лечение.

Феохромоцитомы. Клиника. Диагностика. Лечение.

Современная классификация гипогонадизма

Современная классификация СД. Диагностика. Методы обследования (ГТТ-тест).

Клиника и диагностика болезни Аддисона.

Современные подходы к лечению синдрома Шерешевского-Тернера.

Современное лечение СД 2 типа в зависимости от уровня исходного HbA<sub>1c</sub>.

Препараты, механизм действия. Новые группы препаратов.

Альдостерома. Клиника. Диагностика. Лечение.

Задержка полового развития у мальчиков. Диагностика. Лечение.

<sup>3</sup> Промежуточную аттестацию можно проводить в форме зачета или дифференцированного зачета.

<sup>4</sup>Формой итоговой аттестации является экзамен. Экзамен должен выявлять теоретическую и практическую подготовку врача.

Диабетический кетоацидоз. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.  
 Инцидентолома. Понятие. Диагностика. Тактика ведения.  
 Преждевременное половое развитие. Понятие. Варианты ППР.  
 Гестационное СД. Диагностика. Способы ведения больных с ГД.  
 Диагностика и лечение болезни Иценко-Кушинга.  
 Лечение преждевременного полового развития.  
 Диабетическая нефропатия (ХБП). Стадии. Патогенез. Лечение по стадиям.  
 Лечение острой и хронической надпочечниковой недостаточности.  
 Понятие о крипторхизме. Диагностика и лечение.  
 Современное лечение СД 1 типа.  
 Базис-болюсная инсулинотерапия. Расчет доз. Осложнения инсулинотерапии.  
 Этиология и патогенез ВДКН. Диагностика. Формы. Лечение.  
 Задержка полового развития у девочек. Диагностика. Лечение.

### **Тестовый контроль (ОПК 1,2,3,4; ПК 1, 2, 3, 4):**

#### **1. СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

01.01. В определении общественного здоровья, принятое ВОЗ, входят элементы:

1. физическое, социальное и психологическое благополучие.
2. возможность трудовой деятельности.
3. наличие или отсутствие болезней.
4. наличие благоустроенного жилища.
5. наличие оплачиваемого отпуска.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.02. Общественное здоровье характеризуют следующие показатели:

1. трудовая деятельность населения.
2. состояние заболеваемости психическими болезнями.
3. инвалидность.
4. демографические показатели.
5. общая заболеваемость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.03. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают следующие факторы:

1. экология окружающей среды.
2. качество и доступность медицинской помощи.
3. безопасность условий труда.
4. уровень культуры населения.
5. сбалансированность питания.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.04. Национальная система социальной защиты населения включает в себя:

1. социальное обеспечение в случае стойкой утраты трудоспособности.
2. доступная медицинская помощь.
3. социальное обеспечение в случае временной утраты трудоспособности.
4. благотворительность.
5. обязательное медицинское страхование.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.05. Субъектами медицинского страхования являются:

1. страховая организация.
2. органы управления здравоохранения.
3. поликлиника.
4. гражданин.
5. любое медицинское учреждение.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.06. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет:

1. средств местной администрации.
2. средств частных и коммерческих предприятий и учреждений.
3. средств граждан.
4. средств государственных предприятий и учреждений.
5. благотворительных фондов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.07. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы:

1. Конституция РФ.
2. Закон РФ «О медицинском страховании граждан».
3. Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
4. Дополнения и изменения к Закону РФ «О медицинском страховании граждан».
5. Основы законодательства об охране здоровья граждан.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.08. К лицензированию медицинского учреждения относятся:

1. определение видов медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ.
2. выдача больничных документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования.
3. определение объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ.
4. определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам.
5. оценка степени квалификации медицинского персонала.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.09. Основными задачами поликлиники являются:

1. медицинская помощь больным на дому.
2. лечебно-диагностическое обслуживание населения.
3. организация работы по пропаганде здорового образа жизни.
4. экспертиза временной нетрудоспособности.
5. диспансерное наблюдение определенных групп больных.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.10. Основными обязанностями поликлинического эндокринолога и диабетолога при оказании лечебно-профилактической помощи населению являются:

1. оказание своевременной эндокринологической помощи.
2. проведение экспертизы временной нетрудоспособности.
3. диспансерное наблюдение больных.
4. транспортировка госпитализируемых больных.
5. профилактические осмотры населения.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.11. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия:

1. круглосуточное медицинское наблюдение за больными.
2. квалифицированное диагностическое обследование.
3. проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности.
4. проведение профилактических мероприятий.
5. стационарно-курортное лечение.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.12. Основанием допуска к медицинской деятельности являются следующие документы:

1. диплом об окончании высшего или средне-специального медицинского учреждения.
2. лицензия.
3. сертификат специалиста.
4. свидетельство об окончании курсов о повышении квалификации.
5. наличие ученой степени.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.13. Квалификационная категория, присвоенная врачу-эндокринологу (диабетологу) на основании приказа органа здравоохранения действительна в течение:

1. 1 года.
2. 2 лет.
3. 3 лет. 4. 5 лет.
5. 10 лет.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.14. Сертификат врача-эндокринолога (диабетолога) действителен в течение:

1. 1 года.
2. 2 лет.
3. 3 лет.
4. 5 лет.
5. 10 лет.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.15. Медицинская этика это:

1. наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях.
2. наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма.
3. наука, рассматривающая проблемы долга, чести и достоинства медицинских работников.
4. специфическое проявление общей этики в деятельности врача.
5. наука, требующая высоких морально-деловых и социальных качеств врача.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.16. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

1. защиты внутреннего мира человека и его автономии.
2. охраны от манипуляций со стороны внешних сил.
3. защиты социальных и экономических интересов личности.
4. создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
5. поддержания престижа медицинской профессии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.17. Предметом изучения медицинской статистики является:

1. выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды.
2. данные о сети и деятельности учреждений здравоохранения.
3. достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований.
4. здоровье населения.
5. данные о кадрах медицинских учреждений.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.18. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:

1. заболеваемость.
2. инвалидность.
3. трудовая активность.
4. рождаемость.
5. смертность.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.19. Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях являются вероятность изучаемого признака, равна:

1. 68%.
2. 74%.
3. 85%.
4. 90%.
5. 95%.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

01.20. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации относятся:

1. среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении.
2. показатель частоты рецидивов.
3. полнота охвата диспансерным наблюдением.
4. показатель систематичности наблюдений.
5. заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на диспансерном наблюдении.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

## ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ КОСТНОЙ ТКАНИ.

2.01. Классификация остеопороза основана на элементах:

- А) этиологии
- Б) патогенеза

- В) симптоматики
- Г) распространенности процесса
- Д) стадии развития заболевания

2.02. При исследовании гормонального статуса у больных, их остеомалацией, наиболее целесообразно исследование:

- А) кальцитонина
- Б) ПТГ
- В) Гастрин и гормона роста
- Г) Витамина Д<sub>3</sub>
- Д) эстрадиола и гонадотропинов

2.03. Диагностическим признаком остеомалации является:

- А) повышенная прозрачность костной ткани
- Б) наличие лоозеровских зон перестройки
- В) наличие грыж Шморля
- Г) пониженная прозрачность костной ткани
- Д) наличие патологических переломов

4.04. В патогенезе развития первичного остеопороза решающее значение имеет:

- А) прекращение овариальной функции в менопаузе
- Б) снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
- В) Снижение овариальной функции в течение жизни
- Г) Нарушение функции гомеостаза кальция
- Д) Генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани

2.05. При рентгенологическом обследовании больных остеопорозом выявляется:

- А) понижение прозрачности костной ткани
- Б) признаки субпериостальной резорбции
- В) снижение высоты тел позвонков
- Г) повышение отложения солей
- Д) гиперостоз костей черепа

2.06. В профилактике инволюционного остеопороза наиболее рациональным является:

- А) прием препаратов кальция с момента становления менопаузы
- Б) прием препаратов витамина Д
- В) увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция
- Г) назначение эстрогенсодержащих препаратов
- Д) диета с низким содержанием белка

2.07. Снижение костной плотности может отмечаться при приеме следующих медикаментов;

- А) диуретики
- Б) препараты витамина Д
- В) аспирин
- Г) антибактериальные препараты
- Д) интерфероны

2.08. При лабораторном обследовании больных, страдающих остеомалацией, может быть обнаружено:

- А) повышение уровня экскреции оксипролина
- Б) повышение уровня кальция и фосфора в крови
- В) повышение уровня общего белка и диспротеинемия

- Г) лейкоцитоз
- Д) понижение соотношения Са/креатинин

2.09. Точкой приложения антирезорбтивной терапии являются:

- А) остеобласты
- Б) остеокласты
- В) остеоциты
- Г) костная матрица
- Д) остеониды

2.10. Раньше всего костная плотность снижается в следующих участках скелета:

- А) позвоночник
- Б) тазобедренный сустав
- В) голень
- Г) предплечье
- Д) крестец

2.11. При исследовании гормонального статуса у больных, страдающих инволюционным остеопорозом, наиболее целесообразно определение:

1. Паратиреоидного гормона.
2. остеокальцина.
3. витамина Д.
4. пролактина.
5. эстрадиола и гонадотропинов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.12. Для клинических проявлений остеопороза в менопаузе характерно следующее:

1. снижение роста до 10-12 см.
2. болевой синдром с преимущественным поражением позвоночного столба.
3. изменение походки.
4. искривление позвоночного столба.
5. деформация грудной клетки.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.13. К первичному остеопорозу относятся:

1. постменопаузальный остеопороз.
2. идиопатический ювенильный остеопороз.
3. сенильный остеопороз.
4. «стероидный» остеопороз.
5. ятрогенный остеопороз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.14. При дифференциальной диагностике остеопении должны быть учтены следующие состояния:

1. остеопороз.
2. остеомалация.
3. гиперпаратиреоз.
4. миеломная болезнь.
5. тиреотоксикоз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.15. Для идиопатического остеопороза взрослых характерно следующее:

1. болевой синдром.
2. компрессионные переломы позвоночника.
3. искривление позвоночного столба.
4. снижение функции гонад.
5. уменьшение роста на 10-12 см.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.16. В определение понятия «остеопения» входят:

1. остеопороз.
2. остеомалация.
3. остеолиз.
4. остеоартроз.
5. ревматоидный полиартрит.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.17. Маркерами ремоделирования кости являются:

1. щелочная фосфатаза.
2. С-терминальный телопептид.
3. остеокальцин.
4. пиридинолин.
5. оксипролин в моче.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.18. Антирезорбтивным эффектом обладают следующие препараты:

1. бифосфонаты.
2. флавоноиды.
3. кальцитонин.
4. препараты кальция.
5. препараты витамина Д.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.19. Факторами риска развития остеопороза у женщин являются:

1. менопауза.
2. крупное телосложение.
3. гинекологические операции в анамнезе.
4. избыточный вес.
5. длительный прием антибиотиков.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.20. Для клинических проявлений остеомалации характерно:

1. деформация грудной клетки.
2. искривление конечностей.
3. выраженный болевой синдром.
4. наличие патологических переломов.
5. наличие грыж Шморля.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.21. Остеобласт является предшественником:

- А) Остеокласта
- Б) преостеокласта
- В) преостеобласта
- Г) остеоцита
- Д) хондроцита

2.22. В процентном соотношении количество белка коллагена-1 в кости здорового человека составляет:

- А) 85-90%
- Б) 80-85%
- В) 10-15%
- Г) 1-5%
- Д) 0,1-0,5%

2.23. Среднее количество кальция в организме человека - это:

- А) 500 г
- Б) 750 г
- В) 1000 г
- Г) 1500 г
- Д) 2000 г

2.24. Процент содержания кальция в скелете составляет:

- А) 10%
- Б) 90%
- В) 99%
- Г) 80%
- Д) 50%

2.25. В процентном соотношении количество принятого кальция в сутки составляет:

- А) 100%
- Б) 50%
- В) 20%
- Г) 10%
- Д) 5%

2.26. Часть усвоенного кальция, выделяющаяся с мочой, составляет:

- А) 1%
- Б) 2%
- В) 10%
- Г) 20%
- Д) 50%

2.27. Повышение уровня кальция в крови приводит к:

- А) снижению секреции ПТГ
- Б) повышению ТТГ
- В) повышению Т4
- Г) повышению Т3
- Д) снижению АКТГ

2.28. Основной биологический эффект кальцитонина – это:

- А) ингибирование остеобластов
- Б) ингибирование остеокластов

- В) синтез ПТГ
- Г) синтез остеоцитов
- Д) ингибирование витамина Д

2.29. ПТГ регулирует:

1. выход кальция и фосфора из кости.
2. реабсорбцию кальция и фосфора из гломерулярного фильтрата.
3. синтез в почках 1,25-дегидроксивитамина Д.
4. синтез инсулина.
5. синтез ТТГ

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.30. Снижение костной плотности чаще всего отмечается при:

1. сахарном диабете.
2. ревматоидном артрите.
3. хронической почечной недостаточности.
4. ожирении.
5. хронических неспецифических заболеваниях легких.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

#### ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ.

03.01. Причиной летального исхода у пациентов с акромегалией может быть:

1. ночное апноэ.
2. сахарный диабет.
3. сердечная недостаточность.
4. гипергликемия.
5. гипогликемия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.02. В клинической картине акромегалии могут наблюдаться изменения со стороны ЦНС:

1. синдром карпального канала.
2. головные боли.
3. парастезии.
4. миопатический синдром.
5. нарушения высшей нервной деятельности – апатия, вялость, сонливость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.03. Секрцию соматотропного гормона подавляет:

- А) глюкагон
- Б)эстрогены
- В) серотонин
- Г) соматостатин
- Д) соматомедины.

03.04. Нарушения углеводного обмена – диабет при акромегалии может регистрироваться:

- А) инсулинотерапией
- Б) приемом амарила

- В) диетой с пониженным содержанием углеводов
- Г) специфической терапией основного заболевания
- Д) приемом сиофора

03.05. У пациентов больных акромегалией при нарушении зрения показано следующее:

- А) хирургическое лечение
- Б) лучевая терапия
- В) применение препарата парлодел
- Г) сочетанная лучевая и медикаментозная терапия
- Д) сочетание хирургической и лучевой терапии.

03.07. Опухоль, секретирующая СТГ может локализоваться в:

1. поджелудочной железе.
2. гипофизе.
3. яичниках.
4. гипоталамусе.
5. средостении.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.08. Дерматологическими проявлениями акромегалии могут быть следующие:

1. гипергидроз и жирная себорея.
2. гирсутизм.
3. akantosis nigricans.
4. повышение сосудистого рисунка кожи.
5. сглаженность носогубных складок.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.09. Причинами сердечной недостаточности при акромегалии могут быть:

1. задержка натрия и воды.
2. кардиомегалия.
3. артериальная гипертензия.
4. нарушение ритма сердечной деятельности.
5. артериальная гипотензия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.10. Явными рентгенологическими признаками акромегалии являются:

1. гиперостоз внутренней пластины лобной кости.
2. гипертрофический остеопороз костей черепа.
3. пневматизация лицевых костей черепа.
4. истончение передних и задних клиновидных отростков.
5. остеопороз поясничных позвонков.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.11. Абсолютными показаниями для проведения хирургического лечения пациентов с акромегалией являются:

1. нарушение зрения.
2. макроаденома.
3. злокачественная опухоль.
4. микроаденома.
5. отсутствие эффекта от лучевой терапии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.12. Причинами предоперационной подготовки препаратами группы аналогов соматостатина являются:

1. отсутствие эффекта от предыдущей терапии.
2. уменьшение размеров аденомы.
3. изменение консистенции аденомы.
4. нарушение соматического статуса.
5. психологическая подготовка.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.13. Причинами развития акромегалии могут быть:

1. первичная патология гипоталамуса.
2. первичная патология гипофиза.
3. СТГ-секретирующая опухоль внегипофизарной локализации.
4. патологии костно-мышечной системы.
5. пролактинома.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.14. Для гипоталамозависимой формы («гипофизарной») акромегалии характерно:

1. отсутствие чувствительности к тиролиберину.
2. наличие признаков активации гипоталамической области по данным ЭЭГ-исследования.
3. в анамнезе травмы черепа, психические травмы.
4. выраженная чувствительность к тиролиберину.
5. небольшие размеры опухоли гипофиза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.15. Установить соответствие. При следующих новообразованиях проводится терапия:

Новообразование

1. макроаденома гипофиза
2. микроаденома гипофиза и инфаркт миокарда
3. аденома гипофиза, локализующаяся в пределах турецкого седла
4. микроаденома гипофиза с признаками транс-активного процесса краниальным доступом

Необходимая терапия

- А) хирургическое лечение трансфеноидальным доступом
- Б) лучевая терапия
- В) медикаментозная терапия
- Г) хирургическое лечение

03.16. Несахарный диабет чаще всего характеризуется:

1. полиурией.
2. полидипсией.
3. гипоосмолярностью мочи.
4. гипергликемией.
5. гипоосмолярностью плазмы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если

правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.17. Лабораторными маркерами несахарного диабета являются:

1. повышение объема выделяемой мочи.
2. повышение удельного веса мочи.
3. снижение удельного веса мочи.
4. снижение объема мочи.
5. бактериурия

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.18. Развитие несахарного диабета обусловлено:

1. дефицитом АДГ.
2. резистентностью к действию АДГ.
3. разрушением АДГ в крови под действием плацентарных ферментов.
4. мутацией гена рецептора АДГ.
5. генетическими дефектами синтеза препро АДГ.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.19. Несахарный диабет у маленьких детей проявляется:

1. полидипсией.
2. никтурией.
3. диареей.
4. анурией.
5. гипогликемией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.20. Установить соответствие. Установите соответствие между формой заболевания и этиологической причиной:

Форма заболевания:

1. несахарный диабет центрального генеза
2. несахарный диабет почечного генеза

Причина развития:

- А) дефицит АДГ
- Б) нарушение чувствительности почечных канальцев к АДГ
- В) нарушение углеводного обмена
- Г) повышение секреции АДГ
- Д) снижение секреции альдостерона.

03.21. Наиболее вероятным этиологическим фактором болезни Иценко-Кушинга является:

- А) опухоль гипофиза
- Б) черепно-мозговая травма
- В) нейроинфекция
- Г) опухоль надпочечника
- Д) опухоль легкого

03.22. Для эктопического АКГГ-синдрома характерно:

- А) положительная большая проба с дексаметазоном
- Б) повышение экскреции 17-ОКС (проба с метопиرونном)
- В) равномерное ожирение

- Г) очень высокий уровень АКТГ
- Д) гиперкалиемия

03.23. Причиной болезни Иценко-Кушинга является:

- А) пролактинома
- Б) опухоль яичников
- В) кортикостерома
- Г) базофильная аденома гипофиза
- Д) тиреотропинома

03.24. Типичными проявлениями повышенной продукции глюкокортикоидов являются:

- А) похудание
- Б) стрии на коже
- В) артериальная гипотония
- Г) повышенная влажность кожных покровов
- Д) снижение глюкозы в крови

03.25. Синдром Нельсона проявляется:

- А) низким уровнем АКТГ в крови
- Б) повышенной влажностью кожных покровов
- В) туберкулезом надпочечников
- Г) высоким уровнем кортизола в крови
- Д) хронической надпочечниковой недостаточностью

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

1. нарушении ритма секреции АКТГ и кортизола.
2. повышении пролактина.
3. снижение СТГ.
4. снижение ТТГ.
5. снижение гонадотропинов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.27. Особенности нарушений углеводного обмена при болезни Иценко-Кушинга являются:

1. склонность к кетоацидозу.
2. инсулинорезистентность.
3. необходимость инсулинотерапии.
4. эффективность сахароснижающих таблетированных средств.
5. гипогликемические состояния

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.28. Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

1. тонкая, сухая кожа.
2. избыточное отложение жира в области шеи, туловища, живота, лица в виде «полнолуния».
3. наличие «климактерического горбика».
4. уменьшение в объеме молочных желез.
5. повышенная влажность кожных покровов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.29. Артериальная гипертензия при болезни Иценко-Кушинга обусловлена:

1. нарушением центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса.
2. повышением функции коры надпочечников.
3. вторичным альдостеронизмом.
4. снижением выделения ренина.
5. стенозом почечной артерии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.30. В клиническом анализе крови при болезни Иценко-Кушинга отмечаются:

1. тромбоцитопения.
2. снижение гемоглобина и лимфоцитоз.
3. лейкоцитопения.
4. полицитемия.
5. эозинофилия и гранулоцитопения.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.31. Для болезни Иценко-Кушинга наиболее характерно:

1. гиперкалиемия.
2. гипонатриемия.
3. гиперкальциемия.
4. гипокалиемия.
5. увеличение активности щелочной фосфатазы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.32. Наиболее частыми костными изменениями болезни Иценко-Кушинга являются:

1. деформация и перелом костей.
2. остеопороз.
3. задержка роста в детском возрасте.
4. ускорение дифференцировки и роста скелета.
5. гиперостоз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.33. При тяжелой форме болезни Иценко-Кушинга отмечаются:

- А) равномерное распределение подкожного жирового слоя
- Б) патологические переломы костей
- В) транзиторная артериальная гипертензия
- Г) усиление дифференцировки и роста скелета
- Д) сохраненный менструальный цикл

03.34. Осложнением болезни Иценко-Кушинга является:

- А) гипотензии
- Б) гипотермия
- В) прогрессирующее похудание
- Г) тромбоцитопения
- Д) почечная недостаточность

03.35. отрицательный результат большой пробы с дексаметазоном позволяет исключить:

- А) болезнь Иценко-Кушинга
- Б) аденоматоз коры надпочечников
- В) глюкостерому

- Г) Эктопический АКТГ-синдром
- Д) Кортикостерому

03.36. Дифференциальный диагноз болезни Иценко-Кушинга проводят со следующими заболеваниями:

- А) хронический пиелонефрит
- Б) хроническая надпочечниковая недостаточность
- В) синдром истощенных яичников
- Г) хронический алкоголизм
- Д) гипотиреоз

03.37. Ремиссия болезни Иценко-Кушинга после лучевой терапии наступает через:

- А) 1-2 месяца
- Б) 3-4 месяца
- В) 5-6 месяцев
- Г) 7-8 месяцев
- Д) более, чем через 1 год.

03.38. Показанием для адреналэктомии при болезни Иценко-Кушинга является:

- А) неэффективность консервативной терапии
- Б) прогрессирующее похудание
- В) высокий уровень кортизола в крови
- Г) гипокалиемический алкалоз
- Д) электролитно-стероидная кардиопатия

03.39. При болезни Иценко-Кушинга наименее эффективна:

- А) терапия хлоридитаном
- Б) терапия парлоделом
- В) комбинированная терапия парлоделом и хлоридитаном
- Г) терапия мамомитом
- Д) терапия оримитеном

03.40. Терапевтический эффект хлоридитана заключается в:

- А) деструкции коры надпочечников
- Б) в подавлении секреции кортиколиберина
- В) в подавлении секреции АКТГ
- Г) в подавлении фермента 11- $\beta$ -гидроксилазы
- Д) в подавлении фермента 17- $\alpha$ -гидроксилазы.

03.41. Наиболее эффективно при болезни Иценко-Кушинга:

- А) облучение межучочно-гипофизарной области
- Б) хирургическая аденомэктомия
- В) применение блокаторов гипоталамо-гипофизарной системы
- Г) удаление одного или двух надпочечников
- Д) аутооттрансплантация коры надпочечника

03.42. Установить соответствие:

Синдромы:

1. Шиена
2. Симмондса

Этиологические факторы:

- А) опухоли яичников
- Б) обильные кровотечения во время родов или аборта

- В) нейроинфекция
- Г) наследственность
- Д) стресс

03.42. Установить соответствие:

Синдромы:

1. Шиена
2. Симмондса

Жалобы:

- А) булемия
- Б) повышенная возбудимость
- В) прогрессирующее похудание
- Г) маточные кровотечения
- Д) артериальная гипотензия

03.44. При синдроме Симмондса отмечается:

- А) повышение секреции ТТГ
- Б) повышение секреции ФСГ
- В) повышение секреции ЛГ
- Г) повышение секреции АКТГ
- Д) снижение секреции АКТГ

03.45. Расстройства пищеварения при синдроме Симмондса проявляются:

- А) повышение аппетита
- Б) повышением желудочной секреции
- В) усилением моторки желудочно-кишечного тракта
- Г) атонией кишечника
- Д) повышением внешнесекреторной функции поджелудочной железы

03.46. Изменения эндокринной системы при синдроме Симмондса заключается в поражении следующих органов:

- А) околощитовидных желез
- Б) щитовидной железы
- В) слюнных желез
- Г) молочных желез
- Д) бартоллиниевой железы

03.47. Для диагностики синдрома Шиена важно обращать внимание на наличие следующих изменений:

- А) гиперкортицизм
- Б) гипертиреоз
- В) гипокортицизм
- Г) сохранность вторичных половых признаков
- Д) снижение уровня общего холестерина

03.48. Гипофизарная кома при синдроме Симмондса сопровождается:

- А) прогрессирующим гипокортицизмом и гипотиреозом
- Б) прогрессирующим гиперкортицизмом
- В) тиреотоксическим кризом
- Г) гипернатриемией и гиперкалиемией
- Д) гипертермией и гипервозбудимости

03.49. Для дифференциальной диагностики почечной формы несахарного диабета и

диабета центрального генеза необходимо:

- А) Назначение пробного курса лечения препаратами минералокортикоидов
- Б) Проба с сухоедением
- В) Пробное назначение адиуретина
- Г) Проведение водной нагрузки
- Д) Исследование функции почек

#### ЗАБОЛЕВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ.

04.01. Глюкостерома – гормонально активная опухоль коры надпочечника, в основном продуцирующая:

- А) андрогены
- Б) альдостерон
- В) эстрогены
- Г) глюкокортикоиды
- Д) адреналин

04.02. Кортикоэстрома – опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном:

- А) андрогены
- Б) эстрогены
- В) альдостерон
- Г) глюкокортикоиды
- Д) адреналин

04.03. Андростерома – гормонально-активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном:

- А) андрогены
- Б) эстрогены
- В) альдостерон
- Г) глюкокортикоиды
- Д) адреналин

04.04. Феохромоцитома - гормонально-активная опухоль, продуцирующая:

- А) адреналин, норадреналин и дофамин
- Б) эстрон и в-эстрадиол
- В) кортизол и кортизон
- Г) альдостерон и 17-ОКС
- Д) андростерон и тестостерон

04.05. Причинами развития хронической недостаточности коры надпочечников могут быть:

- А) аутоиммунное поражение надпочечников
- Б) туберкулез
- В) опухоли или метастазы рака в надпочечники
- Г) кровоизлияния в надпочечники или тромбоз сосудов надпочечников
- Д) все перечисленное

04.06. Синдром Шмидта проявляется сочетание:

- А) идиопатической Аддисоновой болезни и сахарного диабета
- Б) аддисоновой болезни и скрытого аутоиммунного тиреоидита
- В) аддисоновой болезни и несахарного диабета

- Г) аддисоновой болезни и снижением когнитивных функций
- Д) аддисоновой болезнью и снижением зрения

04.07. Аддисонический криз проявляется:

- А) резкой дегидратацией, коллапсом, острой сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением функции почек, гипотермией
- Б) отеками, сердечной недостаточностью
- В) гипергликемией
- Г) гипертонией, нарушением функций почек, отеками
- Д) возбуждением, гипертермией, гипертензией

04.08. Синдром Ватерхауза-Фридерихсена развивается преимущественно:

- А) в период сениума
- Б) в возрасте 20-45 лет
- В) в пубертатном периоде
- Г) у новорожденных и рожениц
- Д) в период менопаузы

04.09. Криз при феохромоцитоме характеризуется:

- А) возбуждением, беспричинным страхом, гипертермией, бледностью кожных покровов
- Б) ступором, гипотермией, гипотензией
- В) гипертермией, эйфорией, гиперемией
- Г) сопором
- Д) возбуждением, гипертермией, гиперемией, гиперактивностью, тремором

04.10. Повышение уровня артериального давления у больных с феохромоцитомой в отличие пациентов с гипертензивной болезнью купируется:

- А) б-блокаторами
- Б) нитратами
- В) ингибиторами АПФ
- Г) а-адреноблокаторами
- Д) блокаторами кальциевых каналов

04.11. Терапия феохромоцитомы заключается в:

- А) консервативном лечении кризов
- Б) лучевой терапии
- В) химиотерапии
- Г) оперативном удалении опухоли
- Д) наблюдении

04.12. Для первичного альдостеронизма в отличие от вторичного характерно:

1. гипертония.
2. протеинурия, щелочная реакция мочи, полиурия, полидипсия.
3. ЭКГ изменения – удлинение интервала Q-T, появление зубца U, сегмент S-T ниже изолинии.
4. генерализованные отеки.
5. гипонатриурия, повышенная экскреция альдостерона с мочой.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.13. Для вторичного альдостеронизма в отличие от первичного характерно:

1. гипертония.
2. генерализованные отеки.

3. протеинурия, щелочная реакция мочи, полиурия, полидипсия.
4. гипонатриурия, повышенная экскреция альдостерона с мочой.
5. ЭКГ изменения – удлинение интервала Q-T, появление зубца U, сегмент S-T ниже изолинии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.14. Кардиальными проявлениями синдрома Кона являются:

1. гипертензия, особенно повышен уровень диастолического давления.
2. кардиалгии без иррадиации болей.
3. уменьшение пульсового давления.
4. ЭКГ изменения – удлинение интервала Q-T, появление зубца U, сегмент S-T ниже изолинии, зубец T уплощен или располагается ниже изолинии.
5. при аускультации – приглушение тонов сердца, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.15. Развитию генерализованных отеков при вторичном альдостеронизме способствуют:

1. повышение активности ренин-ангиотензиновой системы.
2. повышение в крови уровня антидиуретического гормона.
3. повышение проницаемости капилляров.
4. склероз почечных артериол.
5. никтурия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

04.16. Осложнениями первичного альдостеронизма являются:

1. гипокалиемический паралич сердца.
2. гипертонический криз.
3. гипотонический криз.
4. инфаркт миокарда.
5. отечный синдром.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.17. Пигментация кожи у больных Аддисонозой особенно выражена на:

1. открытых участках тела (лицо, ладони, складки тыльной стороны кистей и стоп и др.).
2. участки подвергающиеся трению (подмышечные и паховые области, колени и др.).
3. участки постоперационных рубцов.
4. места естественной гиперпигментации (соски молочных и грудных желез, половые органы).
5. слизистые оболочки (губы, десны, язык и др.)

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.18. Проявлениями болезни Аддисона являются:

1. гиперпигментация кожи.
2. боли в животе (Аддисонические желудочно-кишечные кризы).
3. гипотония.
4. гипертония
5. кардиалгии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если

правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.19. Терапия легкой формы первичной надпочечниковой недостаточности заключается в назначении:

1. диеты с достаточным содержанием белков, жиров и углеводов, а также солей натрия, витаминов, особенно С и В и обедненную солями калия.
2. введение хлорида натрия до 10 мг.
3. аскорбиновой кислоты.
4. диеты с достаточным содержанием белков, жиров и углеводов, а также солей натрия, витаминов, особенно С и В и обогащенную солями калия.
5. кортизон.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5

04.20. При средней и тяжелой надпочечниковой недостаточности назначают:

1. заместительную терапию глюко- и минералокортикоидами.
2. аскорбиновую кислоту и анаболические стероиды.
3. никотиновую кислоту.
4. спиронолактон, верошпирон.
5. оперативное лечение.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.21. острая недостаточность коры надпочечников отличается от аддисонического криза следующим:

1. быстрым нарастанием симптоматики (в течение нескольких часов, реже 1-2 дней). 2. внезапным, молниеносным течением.
3. постепенным нарастанием симптоматики.
4. бессимптомным течением.
5. наличием латентного периода (2 недели) с последующим быстрым нарастанием симптоматики.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.22. Феохромоцитома локализуется в:

1. мозговом веществе надпочечника.
2. корковом веществе надпочечника.
3. параганглия по ходу брюшной аорты.
4. средостенье.
5. костях.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.23. Развитию гипертонического криза у пациентов с феохромоцитомой способствуют:

1. эмоциональное перенапряжение.
2. обильная пища.
3. неудобное положение тела.
4. пальпация опухоли.
5. без видимых причин.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.24. Для верификации феохромоцитомы используется определение:

1. содержания винил-миндальной кислоты в моче.
2. содержание адреналина в суточной моче.
3. содержание норадреналина в суточной моче.
4. содержание альдостерона.
5. содержание кортизола.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.25. Установить соответствие. Для верификации патологий используются следующие диагностические пробы:

Патология:

1. альдостерома
2. феохромацитома
3. болезнь Аддисона
4. синдром Кона
5. андростерома

Диагностические пробы:

- А) проба с АКТГ, водная проба Робинсона-Пауэра-Кеплера
- Б) проба с дексаметазоном или преднизолоном с определением суточной экскреции 17-КС
- В) гистаминовая проба, определение в крови и моче содержания катехоламинов
- Г) проба с дексаметазоном или преднизолоном, определение содержания АКТГ и тестостерона
- Д) проба со спиронолактоном, определение суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС и альдостерона.

04.26. Для МЭН-1 характерно:

1. гиперплазия или опухолевое перерождение паращитовидных желез.
2. гиперплазия островков поджелудочной железы.
3. аденома гипофиза.
4. феохромацитома.
5. медуллярная карцинома щитовидной железы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.27. Для МЭН-2 характерно:

1. медуллярный рак щитовидной железы.
2. феохромацитома.
3. опухоли паращитовидных желез.
4. аденома гипофиза.
5. гиперплазия островков поджелудочной железы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.28. Для синдрома Сипла характерно:

1. медуллярный рак щитовидной железы.
2. феохромацитома.
3. первичный гиперпаратиреоз.
4. аденома гипофиза.
5. гастринома.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.29. Для синдрома Горлина характерно:

1. медуллярный рак щитовидной железы.
2. феохромоцитома.
3. первичный гиперпаратиреоз.
4. невриномы слизистых оболочек и нейропатии.
5. патологические изменения скелета (марфанойдная внешность, искривление позвоночника и грудной клетки, конская стопа и др.)

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

04.30. Установите соответствие. Дайте синоним названия синдромов МЭН:

Синоним:

1. синдром Сипла
2. синдром Вермера
3. синдром множественных эндокринных неоплазий
4. синдром Горлина

Синдром МЭН:

- А) МЭН-1
- Б) МЭН-2
- В) МЭН-2а
- Г) МЭН-2б

#### ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРОВЕОВОГО АППАРАТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

05.01. Нарушению толерантности к глюкозе соответствуют следующие концентрации глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л):

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.02. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.03. Нарушению глюкозы натощак соответствует гликемия в капиллярной крови (ммоль/л):

1. 3,3-5,5.
2.  $< 5,5$  и  $> 6,2$ .
3.  $> 6,0$  и  $< 7,0$ .
4.  $> 5,6$  и  $< 6,1$ .
5.  $< 5,8$  и  $> 6,0$ .

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.04. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести:

1. оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели.
2. оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии.
3. выявление гестационного диабета.
4. необходимую коррекцию лечебных мероприятий
4. оценку уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней).

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.05. Наиболее ценным методом для лабораторной диагностики сахарного диабета является:

1. определение посталиментарной гликемии.
2. исследование содержания глюкозы в ушной сере.
3. определение фруктозамина.
4. определение гликемии натощак.
5. определение гликированного гемоглобина.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.06. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.07. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови натощак:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.08. Уровень инсулина в сыворотке крови чаще всего бывает:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.09. На показатели диагностических тестов оказывают влияние:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.10. Глюкозурия может быть следствием:

1. почечного диабета.
2. беременности.
3. заболевания почек (пиелонефрита, хронического нефрита, нефроза).
4. хронического гепатита.
5. гипотиреоза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.11. Самоконтроль при сахарном диабете включает:

1. определение гликемии.
2. определение глюкозурии, кетонурии.
3. ведение журнала регистрации результатов анализов.
4. контроль за массой тела и АД.
5. высокая степень комплаентности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.12. Овощи и фрукты содержат:

1. витамины.
2. микро- и макроэлементы.
3. клетчатку.
4. сорбит.
5. ксилит.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.13. Фруктоза, содержащаяся во фруктах и ягодах, способствует:

1. образованию гликогена.
2. повышению мукополисахаридов в крови.
3. обладает антикетогенным действием.
4. не обладает гипохолестеринемическим эффектом.
5. ухудшению течения диабетической ангиопатии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.14. Добавление в рацион пищевой клетчатки способствует:

1. снижению базальной и постпрандиальной гипергликемии.
2. уменьшению содержания холестерина и триглицеридов в сыворотке крови.
3. нормализации функции кишечника.
4. отсутствию влияния на эндогенный синтез витаминов.
5. повышению АД.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.15. Заменители сахара (ксилит, сорбит, фруктоза, манит) обладают:

1. антикетогенным действием.
2. гипогликемизирующим действием.
3. желчегонным действием.
4. способностью уменьшать содержание сахара в моче.
5. способностью улучшать сердечную деятельность.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.16. Абсолютными показаниями для инсулинотерапии являются:

1. обострение ишемической болезни сердца.
2. кетоацидоз, диабетическая кома.
3. хронический пиелонефрит.
4. беременность и роды.
5. отсутствие эффекта от диетотерапии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.17. Аллергические реакции на введение инсулина проявляются:

1. уртикарной генерализованной сыпью.
2. появлением на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения.
3. желудочно-кишечными проявлениями.
4. гипогликемией.
5. гипергликемией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.18. При наличии аллергии на инсулин следует рекомендовать:

1. антигистаминную терапию. 2. нагревание флакона с инсулином при температуре 60 С в течение часа. 3. кортикостероидную терапию. 4. увеличение дозы вводимого инсулина. 5. уменьшение дозы вводимого инсулина.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.19. Возникновение постинъекционных инсулиновых липодистрофий обусловлено:

1. качеством препаратов инсулина. 2. отсутствием воспалительной реакции в ответ на механическое разрушение клеток аутоиммунным процессом. 3. введением охлажденного инсулина. 4. декомпенсацией сахарного диабета. 5. попаданием инсулиновой иглы в сосуд.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.20. К осложнениям, вызываемым введением инсулина, относятся:

1. нарушение аккомодации. 2. отеки. 3. гипогликемии. 4. аллергические реакции. 5. липодистрофии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.21. Нарушение зрения при инсулинотерапии может проявляться:

1. изменением рефракции, обусловленной изменением кривизны хрусталика. 2. развитие выраженного хемоза. 3. кратковременной потерей зрения из-за развития гипогликемии. 4. развитием блефарита. 5. возникновением временной миопии при снижении сахара в крови.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.22. К развитию гипогликемии могут привести:

1. нарушение режима питания. 2. повышение физической активности. 3. стрессовые ситуации. 4. прием алкоголя. 5. передозировка инсулина.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.23. Гипогликемия способствует:

1. прогрессированию микроангиопатий. 2. развитию свежих ретинальных кровоизлияний. 3. жировой инфильтрации печени. 4. развитию цирроза печени или нарушению мозгового кровообращения. 5. развитию инсулинорезистентности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.24. гипогликемические реакции устраняются:

1. а-адреноблокаторами. 2. внутривенным вливанием глюкозы. 3. внутримышечной инъекцией кломифена. 4. внутримышечной инъекцией глюкагона. 5. употребление алкоголя.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.25. Синдром хронической передозировки инсулина клинически проявляется:

1. лабильным течением диабета. 2. частыми гипогликемическими реакциями. 3. прибавкой в весе. 4. потерей в весе. 5. сухостью кожи.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.26. Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов включает:

1. уменьшение числа тканевых рецепторов инсулина. 2. стимуляцию секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы. 3. увеличение продукции глюкагона. 4. увеличение чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.27. Показанием для назначения сахароснижающих сульфаниламидов является:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.28. Абсолютными противопоказаниями для назначения сахароснижающих препаратов сульфаниламочевины являются:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.29. Сахароснижающее действие сульфаниламидов усиливает одновременное применение:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.30. Побочные эффекты сульфаниламидов включают:

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

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.31. В наименьшем проценте выделяются через почки сульфаниламидные препараты:  
1. хлорпропамид. 2. гликлазид. 3. глибенкламид. 4. глюренорм. 5. минидиаб.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.32. Механизм сахароснижающего эффекта бигуанидов включает:

1. стимуляцию секреции инсулина  $\beta$ -клетками. 2. повышение утилизации глюкозы мышечной тканью. 3. увеличение активации глюконеогенеза. 4. потенцирование инсулинового действия. 5. повышение глюкозы в печени.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.33. Отсутствием противопоказания для применения бигуанидов является:

1. кетоацидоз. 2. хронические заболевания, сопровождающиеся тканевой гипоксией. 3. беременность. 4. умеренная лейкопения. 5. диабетическая нефропатия II-III стадии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.34. Побочный эффект бигуанидов включает:

1. молочнокислый ацидоз. 2. аллергические кожные реакции. 3. диспепсические реакции. 4. гипогликемические реакции. 5. повышение аппетита.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.35. Сахароснижающим эффектом обладают:

1. арфазетин. 2. одуванчик лекарственный. 3. листья черники. 4. листья розы. 5. чайные листья.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.36. Дозированные физические упражнения при сахарном диабете способствуют:

1. снижению уровня гликемии. 2. снижению дозы вводимого инсулина. 3. повышению чувствительности организма к инсулину. 4. снижению риска возникновения сердечных заболеваний. 5. снижению массы тела.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.37. К препаратам, ослабляющим сахароснижающее действие сульфпрепаратов относятся:

1. кортикостероиды. 2. аллопуринол. 3. адреномиметики. 4. бутадиион. 5. ингибиторы МАО.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.38. Противопоказанием для назначения бигуанидов является:

1. беременность. 2. умеренная лейкопения. 3. кетоацидоз. 4. ожирение. 5. инсулинорезистентность.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.39. Бигуаниды способствуют:

1. преодолению инсулинорезистентности. 2. улучшению транспорта глюкозы внутрь клетки. 3. подавлению печеночного глюконеогенеза. 4. уменьшению гликогенеза и гликолиза. 5. увеличению препандиальной гликемии на 30%.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.40. К бигуанидам относятся:

1. глюкофаж. 2. гликвидон. 3. диботин. 4. глимепирид. 5. глибеноз

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.41. Расширение показаний для сохранения беременности у больных сахарным диабетом стало возможным, благодаря:

1. режиму многократных инъекций инсулина. 2. планированию беременности. 3. дозированной физической активности. 4. идеальной компенсации процессов метаболизма до наступления беременности. 5. самоконтролю глюкозы во времени беременности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.42. К группе риска по гестационному диабету относятся женщины, имеющие:

1. гестационный диабет в период предыдущей беременности. 2. рождение предыдущего ребенка весом менее 3-х кг. 3. неблагоприятный акушерский анамнез. 4. возраст 20-25 лет. 5. ИМТ 20-25 кг/м<sup>2</sup>.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.43. Возможными противопоказаниями для сохранения беременности у больного сахарным диабетом являются:

1. тяжелая нефропатия. 2. пролиферативная ретинопатия. 3. кетоацидоз в начале беременности. 4. молодой возраст. 5. непролиферативная ретинопатия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.44. Беременным женщинам, имеющим факторы риска по гестационному диабету, скрининговый тест на выявление нарушения углеводного обмена проводится:

1. на 2-4 неделе беременности. 2. на 5-8 неделе беременности. 3. на 9-12 неделе беременности. 4. при первом обращении. 5. на 20-24 неделе беременности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.46. В развитии симптома дыхательной недостаточности плода играют роль:

1. гиперинсулинемия плода. 2. недостаточная продукция легочной тканью сурфактанта. 3. снижение активности кортизола на ферменты, участвующие в синтезе лецитина. 4. повышение активности СТГ. 5. снижение продукции АКТГ.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.47. в качестве гипотензивной терапии у больных сахарным диабетом во время беременности можно применять:

1. ингибиторы АПФ. 2. селективные в-адреноблокаторы. 3. блокаторы АТ-рецепторов. 4. метилдопа. 5. антагонисты кальция.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.48. Гормональная деятельность плаценты может способствовать:

1. нарушению толерантности к углеводам у женщин. 2. почечной глюкозурии. 3. нарушению развития плода. 4. снижению липидов. 5. снижению кетоновых тел.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.49. Беременность при сахарном диабете может осложняться:

1. угрозой прерывания беременности на ранних сроках. 2. поздним токсикозом. 3. многоводием. 4. гибелью плода. 5. фетопатией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.50. Прерывание беременности при сахарном диабете на ранних сроках может быть обусловлено:

1. декомпенсацией сахарного диабета. 2. кетоацидозом. 3. урогенитальной инфекцией. 4. недостаточной функцией плаценты. 5. предшествующей беременности дисфункцией яичников.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.51. Поздний токсикоз беременных у больных диабетом проявляется:

1. выраженной нефропатией. 2. нарастанием отеков. 3. почечной недостаточностью. 4. нормогликемией. 5. гипотензией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.53. Большая масса тела ребенка при диабете обусловлена:

1. снижением уровня плацентарного лактогена. 2. гиперинсулинизмом плода. 3. снижением уровня АКТГ. 4. избыточного количества глюкозы, проникающей через плацентарный барьер. 5. снижением липогенеза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.54. Диабетическая фетопатия характеризуется:

1. большой массой тела рожденного ребенка. 2. множественными пороками развития плода. 3. осложнением течения периода новорожденности (частые респираторные нарушения). 4. угрозой для жизни ребенка во время родов (асфиксия, травма головы, туловища, гипоксия, гипогликемия). 5. перинатальной смертностью.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.55. Особенности течения сахарного диабета у беременных женщин проявляются:

1. ухудшением течения сахарного диабета до 20 недели гестации. 2. ухудшением течения диабета с 16-20-й недели беременности (возрастание потребности в инсулине, склонность к кетоацидозу). 3. повышенной потребности в инсулине в первой половине беременности. 4. более стабильным течением диабета, начиная с 35-46-й недели беременности (уменьшение потребности в инсулине). 5. повышением потребности в инсулине течение первой недели после родов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.56. Беременным женщинам с нарушением толерантности к углеводам назначают:

1. бигуаниды. 2. диету с полным исключением легкоусваиваемых углеводов. 3. пероральные сахароснижающие препараты I генерации. 4. инсулинотерапию. 5. пероральные

сахароснижающие препараты II генерации.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.57. Потребность в инсулине у беременных женщин с диабетом изменяется в зависимости от сроков беременности следующим образом:

1. значительно повышается в первые 34-недели беременности. 2. возрастает на 20-24-й неделе беременности. 3. снижается на 20-24-й неделе. 4. обычно снижается на 35-36-й неделе. 5. в течение первой недели после родов остается такой же, как и до беременности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.58. Показаниями для досрочного прерывания беременности консервативным путем является:

1. поздний токсикоз беременности, плохо поддающийся терапии. 2. нарастающее многоводие. 3. нарушение жизнедеятельности плода. 4. неудовлетворительный контроль глюкозы. 5. незначительное нарастание признаков диабетической нефропатии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.59. Показанием для досрочного прерывания беременности оперативным путем является:

1. нарастание симптомов ретинопатии (свежие множественные кровоизлияния). 2. тазовое предлежание плода. 3. нарастание симптомов диабетической нефропатии с развитием почечной недостаточности. 4. HbA1c выше 14 ммоль/л. 5. нарастание многоводия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.60. Критериями компенсации сахарного диабета при беременности являются:

1. отсутствие жалоб. 2. отсутствие гипогликемических состояний и кетоацидоза. 3. сохранения трудоспособности. 4. гликемия после еды (через 1 час) не выше 7,8 ммоль/л. 5. гликемия перед каждым приемом пищи не выше 5,5 ммоль/л.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.61. Профилактика диабетической фетопатии включает:

1. наблюдение больных сахарным диабетом детородного возраста с целью заблаговременного выявления противопоказаний к деторождению. 2. достижение полной компенсации сахарного диабета на всех сроках беременности. 3. выявление и лечение соматической патологии и осложнений беременности. 4. удовлетворительная компенсация сахарного диабета до наступления беременности. 5. применение контрацептивов I генерации до наступления беременности с целью достижения идеального контроля глюкозы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.62. В быстром прогрессировании атеросклероза у больных сахарным диабетом играют роль:

1. эндогенная или экзогенная гиперинсулинемия. 2. нарушение липидного обмена. 3. снижение липолитической активности сосудистой стенки. 4. прогрессирующее ожирение. 5. повышение агрегации тромбоцитов на субэндотелиальном уровне.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.63. Факторами риска атеросклероза при сахарном диабете являются:

1. возраст. 2. гиперлипидемия. 3. артериальная гипертензия. 4. ожирение. 5. снижение физической активности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.64. Особенности клинического течения инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом являются:

1. возникновение распространенных инфарктов. 2. явления сердечной недостаточности. 3. часто наблюдаемые тромбоэмболические осложнения. 4. отсутствие повторных инфарктов. 5. типичная клиника инфарктов с выраженным болевым синдромом.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.65. Этиологическими факторами абсолютного гиперинсулинизма являются:

1. доброкачественная или злокачественная опухоль бета-клеток панкреатических островков. 2. гиперплазия бета-клеток панкреатических островков. 3. доброкачественная или злокачественная опухоль бета-клеток эктопированной островковой ткани поджелудочной железы. 4. неврогенная анорексия. 5. цирроз печени.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.66. Признаками безболевого инфаркта миокарда может быть:

1. внезапное возникновение сердечной недостаточности. 2. развитие отека легких. 3. нарушение сердечного ритма. 4. снижение гликемии. 5. бронхоспазм.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05. 67. Патология сердца при сахарном диабете может быть обусловлена:

1. коронарным атеросклерозом. 2. диабетической микроангиопатией. 3. миокардиодистрофией. 4. гидроперикардом. 5. гиперкалиемическим миокардитом на фоне кетоацидоза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.68. Стенокардия при сахарном диабете нередко протекает атипично, проявляясь:

1. потливостью. 2. слабостью. 3. сердцебиение. 4. одышкой. 5. отсутствие боли.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.69. Для больных диабетом с ишемической стопой характерно:

1. онемением, чувством холода в ногах. 2. парестезии. 3. периодические судороги в мышцах. 4. перемежающаяся хромота. 5. сильные боли в конечностях.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.70. Особенности лечения больных диабетом с атеросклерозом, инфарктом миокарда, ишемической болезнью сердца – это:

1. максимально возможная компенсация сахарного диабета. 2. борьба с ожирением, нормализация массы тела. 3. устранение гипертензии и гиперлипидемии. 4. хроническая передозировка инсулина. 5. инсулинотерапия как основной вид компенсации диабета 2 типа.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.71. При лечении острого инфаркта миокарда у больного сахарным диабетом 2 типа,

получающего сахароснижающий сульфаниламидный препарат, при гликемии выше 16 ммоль/л назначают:

1. сульфаниламидный сахароснижающий препарат из другой группы. 2. комбинированную терапию: малые дозы короткого инсулина в 2-4 инъекциях и 1-2 таблетки сульфаниламидного препарата. 3. комбинированную терапию инсулином и бигуанидами. 4. малые дозы простого инсулина в 3-4 инъекциях. 5. бигуаниды.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.72. неблагоприятный прогноз сахарного диабета наиболее вероятен при развитии:

1. диабетических коматозных состояний. 2. инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения. 3. диабетической гангрены. 4. гестационного диабета. 5. инсулинорезистентности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.73. Этиологическими факторами развития гиперлактацидемической комы у больных диабетом являются:

1. лечение бигуанидами. 2. инфаркт миокарда. 3. гипоксия, обусловленная анемией, шоком, кровотечением. 4. лечение сульфаниламидами. 5. язвенная болезнь.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.74. Умеренный молочнокислый ацидоз может наблюдаться у практически здоровых людей при:

1. физической нагрузке. 2. введении пирувата и бикарбоната. 3. введении инсулина или адреналина. 4. длительного покоя. 5. введении половых гормонов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.75. Значительное увеличение молочной кислоты с увеличением соотношения лактат/пируват может наблюдаться при:

1. лечении сульфаниламидами. 2. сахарном диабете. 4. тканевой гипоксии. 5. голодания.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.76. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется:

1. тошнота, рвотой. 2. олигурией вплоть до анурии. 3. дыхание Куссмауля, одышкой. 4. выраженной артериальной гипертензией. 5. повышением температуры тела.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.77. Для гиперлактацидемической комы характерно:

1. повышение в крови молочной кислоты. 2. повышение уровня бикарбонатов, резервной щелочности и рН крови. 3. отсутствие гиперкетонемии и кетонурии. 4. снижение коэффициента лактат/пируват. 5. высокая гипергликемия и глюкозурия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.78. Гиперлактацидемическую кому следует дифференцировать с:

1. почечной недостаточностью. 2. печеночной недостаточностью. 3. медикаментозным лактатацидозом. 4. язвенной болезнью. 5. язвенным колитом.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если

правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.79. Лечение гиперлактацидемической комы включает:

1. внутривенное введение 2-5% раствора бикарбоната под контролем рН крови и уровня калия в крови. 2. введение сердечных, сосудорасширяющих средств. 3. оксигенотерапию. 4. введение больших доз инсулина. 5. внутривенное введение адреналина гидрохлорида.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.80. Развитию гиперосмолярной комы способствует:

1. недостаточная компенсация сахарного диабета. 2. длительное лечение мочегонными и стероидными препаратами. 4. недостаточный прием белков. 5. избыточное введение жиров.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.81. Патогенез симптомов гиперосмолярной комы обусловлен:

1. абсолютным или относительным дефицитом инсулина. 2. активацией процесса гликолиза и глюкогенеза в печени. 3. гипернатриемией. 5. гиперволемией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.82. Клиническая симптоматика гиперосмолярной комы проявляется:

1. гипертензией. 2. признаками дегидратации. 3. отсутствием различных неврологических нарушений. 4. нарушением функции сердечно-сосудистой системы. 5. брадикардией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.83. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются:

1. высокая гипергликемия. 2. гипонатриемия. 3. повышение осмолярности крови. 4. гипохлоремия. 5. гиперкалиемия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.84. В отличие от кетоацидотической комы при гиперосмолярной наблюдается:

1. дыхание Куссмауля. 2. запах ацетона изо рта. 3. ацетонурия. 4. неврологическая симптоматика. 5. нормальный уровень сахара в крови.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.85. Лечение гиперосмолярной комы заключается в назначении:

1. 0,45%-раствор хлористого натрия. 2. хлористого калия. 3. инсулинотерапии. 4. гипертонических растворов. 5. 20%-расвора хлористого натрия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.86. Профилактические мероприятия при гиперосмолярной коме включают:

1. профилактику отека мозга. 2. избежание сердечно-сосудистой недостаточности. 3. профилактику возможных тромбоемболий и тромбозов. 4. профилактику гиповолемического шока. 5. профилактику инсульта.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.87. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие:

1. передозировки вводимого инсулина. 2. недостаточного приема белков. 3. недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина. 4. недостаточный прием жиров. 5. ухудшения функции сердечно-сосудистой системы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.88. Гипогликемическая кома характеризуется:

1. быстрым развитием коматозного состояния. 2. понижением температуры тела. 3. тахикардией. 4. медленным развитием комы. 5. отсутствием тонических или клонических судорог.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.89. Начальная симптоматика тяжелой гипогликемии может проявляться:

1. возбуждение, агрессивностью больных диабетом. 2. спутанным сознанием. 3. повышением сухожильных и периостальных рефлексов. 4. повышения тонуса мышц. 5. положительным симптомом Бабинского.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.90. Наличие гипогликемической комы в отличие от кетоацидотической подтверждают на основании:

1. быстрого внезапного развития тяжелого состояния. 2. ровного дыхания. 3. нормального или повышенного тонуса глазных яблок и скелетных мышц. 4. нормального или повышенного содержания холестерина. 5. сниженного артериального давления.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.91. Профилактические мероприятия с целью предупреждения развития гипогликемической комы включают:

1. строгое соблюдение больным диабетом режима питания и инсулинотерапии. 2. самоконтроль ацетонурии. 3. знание больным симптомов гипогликемии и приема легкоусвояемых углеводов в случае их появления. 4. постоянный самоконтроль АД. 5. осторожность при назначении препаратов, стимулирующих всасывание глюкозы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.92. При гипогликемической коме проводят:

1. струйное внутривенное введение 40% раствора глюкозы (40-100 мл). 2. внутривенное капельное введение 5-10% раствора глюкозы. 3. подкожное внутривенное или внутримышечное введение 1 мг глюкагона. 4. внутривенное введение 0,45% раствора глюкозы. 5. внутривенное введение раствора Рингера.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.93. Наиболее характерный признак нарушения липидного обмена при сахарном диабете:

- А) повышение уровня общего холестерина
- Б) повышение уровня триглицеридов
- В) повышение уровня ЛПНП (липопротеидов низкой плотности)
- Г) снижение содержания свободных жирных кислот
- Д) снижение уровня билирубина

05.94. Наиболее характерный морфологический признак диабетической микроангиопатии:

- А) утолщение базальной мембраны капилляров
- Б) лимфоидная инфильтрация эндотелия
- В) отложение избыточного количества PAS-положительных веществ в гладкомышечных клетках артерий
- Г) дегенеративные изменения соединительной ткани
- Д) истончение базальной мембраны капилляров

05.95. Окислительный стресс – это:

- А) утолщение базальной мембраны капилляров
- Б) накопление гликозаминогликанов в эндотелии сосудов
- В) повреждение эндотелия сосудов свободными радикалами
- Г) избыточная адгезия тромбоцитов к стенке сосудов
- Д) спазмирование сосудов под действием вазоактивных веществ

05.96. Хроническая гипергликемия приводит к:

- А) снижению вязкости крови
- Б) замедлению процессов неферментативного гликозилирования белков
- В) повышению активности полиолового пути утилизации глюкозы
- Г) повышению активности эндогенных антиоксидантных систем
- Д) избыточному образованию оксида азота (NO) в эндотелиальных клетках

05.97. Атеросклеротические изменения при сахарном диабете реже всего выявляются в сосудах:

- А) коронарных
- Б) селезенки
- В) почек
- Г) нижних конечностях
- Д) головного мозга

05.98. Наиболее часто при сахарном диабете в печени можно обнаружить:

- А) хронический гепатит
- Б) первичный рак печени
- В) цирроз печени
- Г) жировую инфильтрацию печени
- Д) белковую дистрофию печени

05.99. Наиболее адекватно долгосрочную компенсацию сахарного диабета отражают:

- А) уровень глюкозы натощак и через 2 часа после еды
- Б) показатели липидного обмена
- В) уровень гликозилированного гемоглобина
- Г) суточный гликемический профиль в 6-8 точках
- Д) уровень глюкозы в 3 часа ночи

05.100. Риск развития сахарного диабета 2 типа повышен у:

1. людей, часто болеющих вирусными инфекциями. 2. женщин, родивших ребенка массой более 4,5 кг. 3. людей, в возрасте до 1 года получавших коровье молоко. 4.. людей с ожирением. 5. людей с гиперхолестеринемией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.101. Липоидный некробиоз характеризуется:

1. появлением на коже красно-фиолетовых узелков. 2. округлой формой и плотной консистенцией узелков. 3. склонностью узелков к периферическому росту. 4. более частой локализацией поражений на коже головы и шеи. 5. отсутствием склонности к изъязвлению очагов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.102. Кожные проявления при сахарном диабете 1 типа характеризуются наличием:

1. диабетического пузыря. 2. фурункулеза, карбункулеза. 3. диабетической эпидермофитии. 4. витилиго. 5. липоидного некробиоза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.103. Наиболее опасное проявление диабетической автономной кардиопатии:

- А) непостоянная тахикардия
- Б) безболевая ишемия миокарда
- В) фиксированный сердечный ритм
- Г) ортостатическая гипотензия
- Д) постоянная тахикардия.

05.104. Маркером диабетической ретинопатии при офтальмопатии является:

- А) извитость сосудов на глазном дне
- Б) микроаневризмы
- В) мелкоточечные кровоизлияния
- Г) твердые экссудаты
- Д) ватные очаги

05.105. Классификация диабетической ретинопатии по E. Cohner и M. Porta насчитывает:

- А) две стадии
- Б) три стадии
- В) четыре стадии
- Г) пять стадий
- Д) шесть стадий

05.106. Для непролиферативной диабетической ретинопатии характерны симптомы:

1. кровоизлияния. 2. микроаневризмы. 3. дилатация и окклюзия капилляров. 4. удвоение вен. 5. интравитреальные микрососудистые аномалии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.107. Для препролиферативной диабетической ретинопатии характерны симптомы:

1. кровоизлияния. 2. «ватные» очаги. 3. интравитреальные микрососудистые аномалии. 4. микроаневризмы. 5. аномалии артерий.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.108. Основными причинами слепоты при сахарном диабете являются:

1. диабетическая макулопатия. 2. аномалии артерий и вен. 3. пролиферативная ретинопатия. 4. ватные очаги. 5. интравитреальные микрососудистые аномалии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.109. Проплиферативная диабетическая ретинопатия характеризуется:

1. наличием новообразованных сосудов на поверхности сетчатки. 2. обильным разрастанием соединительной ткани на сетчатке. 3. может осложняться отслойкой сетчатки. 4. внезапным развитием в течение 5 первых лет сахарного диабета при плохом контроле заболевания. 5. является фактором риска для развития катаракты.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.110. Безотлагательное проведение лазерной фотокоагуляции необходимо при:

1. периферической форме неоваскуляризации сетчатки. 2. макулярном отеке. 3. обширном разрастанием соединительной ткани на поверхности сетчатки. 4. центральной форме неоваскуляризации сетчатки. 5. образовании эпиретинальных мембран.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.111. Наиболее эффективный метод лечения непролиферативной ретинопатии:

- А) лазерная фотокоагуляция
- Б) назначение ангиопротекторов
- В) склеротерапия
- Г) нормализация гликемического контроля
- Д) назначение рассасывающих препаратов

05.112. При сахарном диабете 2 типа первый осмотр глазного дна необходимо проводить:

- А) не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания
- Б) у всех пациентов – сразу после выявления сахарного диабета 2 типа
- В) не позднее, чем через 1 год после диагностики заболевания
- Г) не позднее, чем через 6 месяцев после выявления сахарного диабета 2 типа
- Д) у лиц с повышенным АД – сразу после выявления сахарного диабета 2 типа, у остальных пациентов – не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания

05.113. К уменьшению летальности при инфаркте миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа приводит:

- А) назначение инсулинотерапии при гликемии выше 13 ммоль/л
- Б) безотлагательный перевод всех пациентов на инсулинотерапию
- В) перевод пациентов на препараты из группы производных сульфанилмочевины
- Г) назначение комбинированной терапии производными сульфанилмочевины и мочевины
- Д) назначение комбинированной терапии инсулином и пероральным сахароснижающим препаратом.

05.114. Что является доминирующим в клинической картине инсулиномы:

- А) гипергликемия и гиперинсулинемия
- Б) гипогликемия и инсулинорезистентность
- В) гиперинсулинемия и инсулинорезистентность
- Г) гипогликемия и гиперинсулинемия
- Д) гиперинсулинемия

05.115. Гастронома – опухоль, развивающаяся из клеток панкреатических островков, может локализоваться в:

1. желудке. 2. двенадцатиперстной кишке. 3. поджелудочной железе. 4. желчных протоках. 5. портальной вене.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.116. К системным эффектам соматостатиномы относятся следующие:

1. торможение секреции инсулина. 2. торможение секреции панкреатических ферментов. 3. снижение секреции соляной кислоты в желудке. 4. избыточная секреция соматостатина. 5. сокращение желчного пузыря.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.117. При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию проводят с внутривенным введением:

- А) изотонического раствора хлорида натрия
- Б) 5% раствора глюкозы
- В) гипотонического (0,45%) раствора хлорида натрия
- Г) реополиглюкина
- Д) гемодеза

05.118. При лечении диабетической комы начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного введения на 1 кг массы тела составляет:

- А) 100 ед/час
- Б) 50 ед/час
- В) 25 ед/час
- Г) 2-4 ед/час
- Д) 0,1-0,2 ед/час

05.119. Чтобы ввести 1 литр физиологического раствора за 2 часа, скорость его введения должна составлять:

- А) 160 капель/мин
- Б) 100 капель/мин
- В) 80 капель/мин
- Г) 40 капель/мин
- Д) 20 капель/мин

05.120. В первые сутки лечения диабетической комы при отсутствии сердечно-сосудистой патологии следует вводить жидкость в объеме, равном:

- А) 5% массы тела
- Б) 4-6 л
- В) 2 л
- Г) 1 л
- Д) 50 мл/кг массы тела

05.121. В первые 6 часов выведения больного из диабетической комы обычно вводят жидкость в количестве:

- А) 50% суточного объема
- Б) 30% суточного объема
- В) 25% суточного объема
- Г) 10% суточного объема
- Д) 5% суточного объема

05.122. Для сахарного диабета 1 типа характерно:

1. острое начало заболевания. 2. склонность к кетоацидозу. 3. снижение уровня инсулина в сыворотке крови. 4. инсулинорезистентность. 5. снижение потребности в инсулине на фоне интеркуррентных заболеваний.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.123. Развитию сахарного диабета способствуют:

1. генетическая предрасположенность. 2. факторы окружающей среды. 3. иммунологическая активация. 4. прогрессивная деструкция бета-клеток. 5. ранние метаболические нарушения.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.124. Для развития сахарного диабета 1 типа характерны следующие иммунологические нарушения:

1. воспалительная реакция. 2. инфильтрация лейкоцитов вокруг бета-клеток. 3. преобладание активированных Т-лимфоцитов. 4. наличие активированных Т-лимфоцитов. 5. наличие антител к глютаматдекарбоксилазе.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.125. Пусковыми факторами для развития сахарного диабета 1 типа являются:

1. цитотоксические вирусы. 2. цитотоксические химические агенты. 3. половые гормоны. 4. продукты, сделанные на основе коровьего молока. 5. свободные кислородные радикалы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.126. Составляющими факторами интегрального показателя гликемии – HbA1c являются:

1. гликемия до еды. 2. поступление глюкозы с пищей. 3. продукция глюкозы печенью. 4. секреция инсулина. 5. чувствительность к инсулину на уровне печени и периферических тканей.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.127. Клинические признаки мягкой и умеренной нейрогликопении – это:

1. нарушение интеллектуальной активности. 2. нарушения познавательных функций. 3. трудности в концентрации внимания. 4. снижение психоневрологических навыков. 5. нарушения координации и сна.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.128. Развитию гипогликемии способствуют:

1. слишком большая доза инсулина. 2. слишком низкое потребление глюкозы с пищей. 3. усиленная утилизация глюкозы. 4. повышенная чувствительность тканей к инсулину. 5. нарушение гормональной контррегуляции.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.129. В гормональной контррегуляции уровня глюкозы участвуют:

1. инсулин. 2. глюкагон. 3. адреналин. 4. гормон роста. 5. кортизол.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.130. К вегетативным симптомам гипогликемии относятся:

1. дрожь. 2. сердцебиение. 3. раздражительность. 4. чувство голода. 5. потливость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.132. На абсорбцию инсулина влияют:

1. место инъекции, глубина инъекции. 3. вид и доза инсулина. 4. физические упражнения. 5. разогревание места инъекции.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.133. Обязательными элементами интенсивной инсулинотерапии являются:

1. многокомпонентный режим инъекций инсулина. 2. баланс между поступлением пищи, физической активностью и дозой инсулина. 3. ежедневный самоконтроль уровня глюкозы. 4. обучение больных. 5. система эффективного контроля.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.134. Маркерами относительного риска развития сахарного диабета 1 типа являются:

1. наличие диабета у родственников. 2. молекулярно-генетические. 3. наследственные синдромы. 4. пубертатный период. 5. другие аутоиммунные заболевания.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.135. Перспективы профилактики сахарного диабета 1 типа связаны с:

1. устранение молекул, вызывающих аутоиммунную агрессию. 2. связывание свободных кислородных радикалов. 3. обеспечение функционального покоя бета-клеток поджелудочной железы. 4. иммуносупрессия/иммуномодуляция. 5. вакцинация.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.136. Установленными дефектами секреции инсулина при сахарном диабете 2 типа являются:

1. связывание свободных кислородных радикалов. 3. обеспечение функционального покоя бета-клеток поджелудочной железы. 4. иммуносупрессия/иммуномодуляция. 5. вакцинация.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.137. Уменьшение количества рецепторов к инсулину характерно для:

1. ожирения. 2. сахарного диабета 2 типа. 3. акромегалии. 4. болезни Иценко-Кушинга. 5. терапии глюкокортикоидами.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.138. Наиболее частые причинами инсулинорезистентности – это:

1. контринсулярные гормоны. 2. антитела к инсулину. 3. антитела к рецепторам инсулина. 4. измененные молекулы инсулина. 5. измененная структура рецептора инсулина.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.139. Факторы, наиболее тесно связанные с инсулинорезистентностью – это:

1. генотип. 2. возраст. 3. масса тела. 4. физическая активность. 5. артериальная гипертензия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.140. Повышение уровня гликированного гемоглобина на 1% ведет к увеличению риска развития:

1. смерти, связанной с диабетом. 2. инфаркта миокарда. 3. заболеваний периферических сосудов. 4. микрососудистых заболеваний. 5. необходимости экстракции катаракты.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.141. При лечении сахарного диабета 2 типа используются:

1. препараты сульфонилмочевины. 2. бигуаниды. 3. прандиальные регуляторы. 4. тиозолидиндионы. 5. ингибиторы альфа-глюкозидазы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.142. Факторами, ограничивающими наши возможности в достижении хорошего гликемического контроля при сахарном диабете 2 типа, являются:

1. патогенез до конца не ясен. 2. пожилой возраст. 3. ожирение. 4. наличие осложнения. 5. хроническое течение и прогрессивное уменьшение функции бета-клеток.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.143. Укажите наиболее важные требования к препаратам для лечения сахарного диабета 2 типа:

1. эффективный и долгосрочный гликемический контроль. 2. гибкость навстречу личным – индивидуальным потребностям. 3. регуляция секреции инсулина, адекватная гипергликемии. 4. отсутствие прибавки в весе. 5. низкий процент гипогликемий.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.144. Для улучшения постпрандиальной гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа используются следующие диетологические методы:

1. снижение потребления углеводов. 2. дробный прием углеводов. 3. потребление углеводов согласно 24-часовому профилю глюкозы. 4. потребление клетчатки. 5. потребление продуктов с низким гликемическим индексом.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.145. Для улучшения постпрандиальной гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа используются следующие фармакологические методы:

1. ингибиторы альфа-глюкозидазы. 2. метиглиниды. 3. инсулин лизпро. 4. глюкагоноподобный пептид-1. 5. аэрозольный инсулин.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.146. Нежелательными эффектами инсулинотерапии сахарного диабета 2 типа являются:

1. прибавка массы тела. 2. усиление чувства голода. 3. увеличение задержки натрия. 4. дисфункции эндотелия. 5. усиление риска развития гипогликемий.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.147. Артериальная гипертензия может быть следствием:

1. комбинированного воздействия генетических и средовых факторов: метаболический вариант АГ. 2. воздействия одного из факторов: моногенные формы. 3. гиперфункции симпатической нервной системы. 4. дисфункции эндотелия. 5. уменьшения числа нефронов и фильтрационной поверхности.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.148. Гиперинсулинемия способствует повышению уровня АД посредством:

1. повышения активности симпато-адреналовой системы. 2. повышения реабсорбции натрия в проксимальных канальцах почек. 3. усиления пролиферации гладкомышечных клеток сосудов. 4. блокады активности Na-K-АТФазы и Ca-Mg-АТФазы. 5. снижения чувствительности сосудистой стенки к вазодилаторному действию инсулина.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.149. Мероприятиями, направленными на снижение АД у больных сахарным диабетом 2 типа, являются:

1. ограничение потребления соли до 2 г в сутки. 2. снижение избыточной массы тела. 3. физическая активность. 4. контроль гликемии. 5. прекращение курения.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.150. В качестве критерия диагностики и эффективности лечения артериальной гипертонии следует использовать:

1. уровень систолического АД. 2. уровень диастолического АД. 3. уровень пульсового АД. 4. уровни систолического и диастолического АД. 5. уровень ночного снижения АД.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.151. Наиболее часто встречающиеся типы кривых АД по результатам суточного мониторинга у пациентов с сахарным диабетом 2 типа – это:

1. «диппер» - снижение ночного давления составляет 10-20%. 2. «найт-пикер» - снижение ночного давления отсутствует. 3. регистрируется утренний подъем АД. 4. «нон-диппер» - снижение ночного давления менее 10%. 5. «овер-диппер» - степень снижения ночного давления более 20%.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.152. Оптимальный уровень АД в «период бодрствования»

1. менее 120/70 мм.рт.ст. 2. менее 135/85 мм.рт.ст. 3. менее 160/90 мм.рт.ст. 4. менее 140/90 мм.рт.ст. 5. менее 150/90 мм.рт.ст.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.153. Оптимальный уровень АД в «период сна»

1. менее 140/90 мм.рт.ст. 2. менее 160/90 мм.рт.ст. 3. менее 135/85 мм.рт.ст. 4. менее 120/70 мм.рт.ст. 5. менее 150/90 мм.рт.ст.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.154. Препаратами, способными при длительном применении вызвать нарушение толерантности к глюкозе, являются:

1. фуросемид. 2. гипотиазид. 3. урегид. 4. индапамид. 5. ренитек.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.155. Симптомами соматостатиномы являются:

1. похудание. 2. диспепсия. 3. сахарный диабет. 4. анемия. 5. стеаторея.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.156. К органам-мишеням при артериальной гипертонии относятся:

1. сердце. 2. головной мозг. 3. почки. 4. сетчатка глаза. 5. периферические сосуды.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.157. Сочетание нарушений углеводного обмена и артериальной гипертонии наиболее характерно для:

1. тиреотоксикоза. 2. кортикостеромы. 3. альдостеромы. 4. болезни Иценко-Кушинга. 5. акромегалии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05. 158. Повышение АД может отмечаться при применении следующих лекарственных препаратов:

1. гормональные контрацептивы. 2. аноретики центрального действия. 3. глюкокортикоиды. 4. нитраты. 5. сердечные гликозиды.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.159. К фармакологическим эффектам агонистов II имидазолиновых рецепторов относятся:

1. увеличение секреции инсулина. 2. повышение тонуса блуждающего нерва. 3. снижение активности симпатической нервной системы. 4. уменьшение липолиза. 5. увеличение высвобождения катехоламинов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05.160. Основными диагностическими критериями инсулиномы являются:

1. приступы спонтанной гипогликемии натощак или после физической нагрузки. 2. гликемия менее 1,7 ммоль/л. 3. купирование приступа введения глюкозы. 4. прибавка в весе. 5. дислипидемия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

05. 161. Целевой уровень АД у пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертонией – это:

- А) АД Р 140/90 мм.рт.ст.
- Б) АД Р 130/80 мм.рт.ст.
- В) АД Р 160/90 мм.рт.ст.
- Г) АД Р 120/80 мм.рт.ст.
- Д) АД Р 125/75 мм.рт.ст.

05.162. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа распространенность артериальной гипертонии составляет:

- А) 100%
- Б) более 80%
- В) более 50%
- Г) более 30%
- Д) более 15%

05.163. Первая помощь при легкой гипогликемии у больного сахарным диабетом

включает:

- А) прием легкоусвояемых (простых) углеводов в количестве 1-2 ХЕ
- Б) в/в струйное введение 40% раствора глюкозы в количестве 20-100 мл
- В) в/в капельное введение 5% раствора глюкозы
- Г) п/к введение 1 мл глюкагона
- Д) п/к введение раствора адреналина.

05.164. Препаратами выбора при лечении артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом являются:

- А) ингибиторы АПФ
- Б) б-блокаторы
- В) диуретики
- Г) сердечные гликозиды
- Д) нитраты

05.165. Препаратом, маскирующим гипогликемию, являются:

- А) периндоприл
- Б) нифедипин
- В) бисопролол
- Г) индапамид
- Д) клофелин

05.166. Показанием к назначению б-адреноблокаторов для лечения артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом является:

- А) сочетание артериальной гипертонии с застойной сердечной недостаточностью
- Б) сочетание артериальной гипертонии с обструктивными заболеваниями бронхов
- В) сочетание артериальной гипертонии с заболеваниями периферических артерий
- Г) трансмуральный инфаркт миокарда в анамнезе
- Д) сочетание артериальной гипертонии и выраженной дислипидемии

05.167. часто встречающимся побочным эффектом ингибиторов АПФ является:

- А) тахикардия
- Б) отек лодыжек
- В) сухой кашель
- Г) замедление АВ-проводимости
- Д) вазомоторный ринит

05.168. Нефропротективным действием обладают:

- А) ингибиторы АПФ
- Б) диуретики
- В) б-адреноблокаторы
- Г) а-адреноблокаторы
- Д) прямые вазодилататоры

05.169. У больного с диабетической нефропатией без повышения артериального давления эналаприл назначается в суточной дозе:

- А) 5 мг
- Б) 2,5 мг
- В) 10 мг
- Г) 20 мг
- Д) 40 мг

05.170. Микроальбуминурия – это экскреция альбумина с мочой в количестве:

- А) менее 30 мг/сут

- Б) 20-200 мг/сут
- В) 30-300 мг/сут
- Г) более 300 мг/сут
- Д) более 3 г/сут

#### ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

06.001. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно:

- А) визуальное увеличение щитовидной железы
- Б) пальпаторное увеличение щитовидной железы
- В) зоб, изменяющий конфигурацию шеи
- Г) щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи
- Д) каждая доля равна 1 фаланге большого пальца пациента

06.002. Нарушения функции почек при тиреотоксикозе могут проявляться:

- А) нарушением реабсорбции кальция и фосфора
- Б) протеинурия
- В) усилением фильтрационной способности почек
- Г) нарушением почечного кровотока
- Д) нарушением концентрационной функции

06.003. При проведении пробы с трийодтиронином для токсического зоба характерно:

- А) снижение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой (на 50%)
- Б) отсутствием угнетения поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- В) угнетения поглощения радиоактивного йода щитовидной железой (на 60% и >)
- Г) повышение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой на 30%
- Д) повышение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой на 50% и >

06.004. При проведении пробы с тиролиберинном для диффузного токсического зоба характерно:

- А) нормальный ответ секреции ТТГ на введение тиролиберина
- Б) отсутствие повышения уровня ТТГ
- В) повышение уровня ТТГ на 50% и >
- Г) снижение уровня ТТГ на 50% и >
- Д) снижение уровня ТТГ на 30%

06.005. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение:

- А) антител к тиреоглобулину
- Б) антител к микросомальной фракции
- В) антител к клеткам щитовидной железы
- Г) иммуноглобулинов
- Д) антител ко второму коллоидному антигену

06.006. При тиреотоксикозе средней тяжести первоначальная доза мерказолина в сутки составляет:

- А) 30-40 мг
- Б) 20 мг
- В) 10 мг
- Г) 5 мг
- Д) 2,5 мг

06.007. Длительность терапии мерказолилом тиреотоксикоза составляет не менее:

- А) 2-3 мес

- Б) 4-6 мес
- В) 7-11 мес
- Г) 12-18 мес
- Д) 19-24 мес

06.008. Механизм действия радиоактивного йода при диффузном токсическом зобе обусловлен:

- А) воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
- Б) воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
- В) блокированием поступления йода в щитовидную железу
- Г) торможением превращения тироксина в трийодтиронин
- Д) блокированием ТТГ

06.009. Подготовка больных с тиреотоксикозом к радиойодтерапии включает:

- А) достижение эутиреоидного состояния до назначения радиоактивного йода
- Б) лечение на фоне тиреотоксикоза
- В) лечение на фоне достижения гипотиреоза
- Г) лечение на фоне бета-адреноблокаторов
- Д) лечение радиоактивным йодом при любой функции щитовидной железы

06.010. Особенностью функциональной активности тиреотоксической аденомы является:

- А) секреция тироксина автономна, не зависит от секреции ТТГ
- Б) секреция тироксина зависит от секреции ТТГ
- В) секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ
- Г) аденома, не подавляет продукцию ТТГ
- Д) снижение функции остальной ткани щитовидной железы не происходит

06.011. Для тиреотоксической аденомы характерно:

- А) отрицательная проба с подавлением ТЗ
- Б) положительная проба с подавлением ТЗ
- В) положительная проба с тиролиберином
- Г) определение большого количества тиреостимулирующих антител
- Д) умеренное увеличение тиреостимулирующих антител

06.112. Третичный гипотиреоз обусловлен:

- А) аденомой гипофиза
- Б) синдромом Симмондса-Шиена
- В) недостатком введения в организм йода
- Г) первичным поражением гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин
- Д) радиационным повреждением щитовидной железы

06.113. Патогенез первичного гипотиреоз обусловлен:

- А) уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы с уменьшением синтеза тиреоидных гормонов
- Б) уменьшением секреции ТТГ
- В) уменьшением синтеза тиролиберина
- Г) увеличением массы железистой ткани щитовидной железы
- Д) уменьшением секреции тиролиберина

06.114. При вторичном гипотиреозе имеет место:

- А) уменьшением секреции ТТГ
- Б) увеличением секреции ТТГ

- В) увеличение секреции тиролиберина
- Г) снижение секреции тиролиберина
- Д) снижение синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода в организме

06.015. Патогенез третичного гипотиреоза обусловлен:

- А) уменьшением синтеза тиролиберина
- Б) аутоиммунным процессом в щитовидной железе
- В) увеличением секреции ТТГ
- Г) секрецией биологического неактивного ТТГ
- Д) увеличением синтеза тиролиберина

06.016. При третичном гипотиреозе выявляют:

- А) снижение базального уровня тиролиберина
- Б) повышение уровня тиролиберина
- В) увеличение уровня ТТГ
- Г) увеличение пролактина
- Д) увеличение основного обмена

06.117. Препаратом выбора для заместительной терапии гипотиреоза является:

- А) тиреоидин
- Б) тиреотом
- В) тиреокомб
- Г) L-тироксин
- Д) трийодтиронин

06.118. Трудовой прогноз больных с гипотиреозом зависит от:

- А) степени тяжести гипотиреоза
- Б) механизма происхождения (первичный, вторичный, третичный)
- В) уровней ТТГ, Т4 и Т3 в крови
- Г) дозировки тиреоидных препаратов
- Д) уровней холестерина, основного обмена

06.119. Тяжелой степени зобной эндемии соответствует содержание йода в воде:

- А) 1-2 мкг/л
- Б) 2-3 мкг/л
- В) 3-4 мкг/л
- Г) 4-5 мкг/л
- Д) более 5 мкг/л

06.020. Наименее активными тиреоидными препаратами являются:

- А) тиреотом
- Б) тиреокомб
- В) L-тироксин-100
- Г) галатирон
- Д) трийодтиронин

06.021. При исследовании теста поглощения J щитовидной железой максимальное повышение J наблюдается при эндемическом зобе:

- А) через 2 часа
- Б) через 4 часа
- В) через 24 часа
- Г) равномерно повышено через 2-4 и 24 часа
- Д) равномерно снижено через 2-4 и 24 часа

- 06.022. В йоддефицитной местности лечебную дозу йода необходимо назначать:
- А) беременной с нормальными размерами щитовидной железы
  - Б) при диффузном увеличении щитовидной железы II степени и эутиреозе
  - В) при диффузном увеличении щитовидной железы II степени и субклиническом гипотиреозе
  - Г) при узловом зобе и эутиреозе
  - Д) при многоузловом зобе больших размеров и эутиреозе
- 06.023. В лечении эндемического зоба предпочтительнее:
- А) препараты йода
  - Б) препараты тиреоидных гормонов
  - В) глюкокортикоиды
  - Г) сочетание препаратов йода и тиреоидных гормонов
  - Д) радиоактивный йод
- 06.24. Для профилактики эндемического зоба предпочтительнее:
- А) препараты йода
  - Б) глюкокортикоиды
  - В) б-блокаторы
  - Г) витамины
  - Д) анаболики
- 06.025. Наиболее часто при остром тиреоидите выявляют:
- А) стафило- и стрептококки
  - Б) риккетсии
  - В) вирусы
  - Г) грибы
  - Д) простейшие
- 06.026. В патогенезе острого тиреоидита играет роль:
- А) генетическая предрасположенность
  - Б) нарушение механизмов иммунологической защиты
  - В) дефицит йода
  - Г) проникновение инфекции в щитовидную железу
  - Д) травма щитовидной железы
- 06.027. Патоморфологическим изменением в ткани щитовидной железы при остром тиреоидите является:
- А) фиброз, гиалиноз
  - Б) инфильтрация полиморфоядерными лимфоцитами
  - В) инфильтрация лимфоцитами, многоядерные клетки Гюртле – Ашкенази
  - Г) метаплазия клеток фолликулярного эпителия
  - Д) прорастание окружающих тканей, поражение регионарных лимфоузлов
- 06.028. Функция щитовидной железы при остром тиреоидите, как правило:
- А) повышена
  - Б) понижена
  - В) не нарушена
  - Г) меняется в соответствии с фазой заболевания
  - Д) характеризуется, как дистиреоз
- 06.029. наиболее информативным методом исследования щитовидной железы при остром тиреоидите является:
- А) осмотр

- Б) пальпация
- В) УЗИ с пункционной биопсией
- Г) латеральная рентгенография шеи
- Д) аускультация щитовидной железы

06.030. Продолжительность острого тиреоидита составляет:

- А) 4-6 месяцев
- Б) 1-2 месяца
- В) десятилетия
- Г) 5-7 дней
- Д) 1,5-2 года

06.031. Исходом острого тиреоидита, как правило, является:

- А) гипотиреоз
- Б) выздоровление
- В) переход в хроническое течение
- Г) подострый тиреоидит
- Д) злообразование в щитовидной железе

06.032. Диспансерное наблюдение для острого тиреоидита:

- А) требуется
- Б) не требуется
- В) в течение 6 месяцев
- Г) в течение 2 лет
- Д) пожизненно

06.033. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Карвена) могут вызвать:

- А) стафилококки, стрептококки
- Б) вирусы
- В) грибы
- Г) простейшие
- Д) риккетсии

06.034. Предрасполагают к развитию подострого тиреоидита антигены HLA:

- А) В8
- Б) В15
- В) В35, DR5
- Г) А7
- Д) DR3/DR4

06.035. Особенностью эндемического зоба у детей и подростков является:

- А) преобладание диффузного увеличения щитовидной железы
- Б) узловые формы зоба
- В) сочетание зоба с эндокринной офтальмопатией
- Г) присутствие субклинического гипотиреоза
- Д) самопроизвольное излечение во взрослом возрасте

06.036. Осложнениями острого тиреоидита являются:

1. гнойный медиастинит. 2. тромбоз вен шеи. 3. флегмона шеи, аспирационная пневмония. 4. туберкулез. 5. экзема шеи

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.037. Острый тиреоидит диагностируется на основании:

1. острого начала заболевания с высокой температурой. 2. воспаления в области щитовидной железы, иногда с наличием флюктуации. 3. нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, увеличение СОЭ. 4. болезненности в области щитовидной железы с иррадиацией в нижнюю челюсть, ухо, затылок. 5. отсутствия изменения функции щитовидной железы

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.038. Клиника острого тиреоидита включает:

1. острое начало заболевания с высокой температурой до 39-40 С. 2. боль в щитовидной железе, иррадиация в челюсти, в ухо, в затылок, усиливающуюся при глотании, движении шеи, пальпации. 3. отек, гиперемию кожи и болезненность над пораженным участком щитовидной железы. 4. флюктуацию. 5. увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.039. Видами профилактики эндемического зоба являются:

1. государственная профилактика – применение йодированной соли. 2. групповая профилактика, специфическая профилактика. 3. индивидуальная профилактика. 4. фторирование воды. 5. добавление селена в рацион

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.040. Для эндемического зоба наиболее характерен уровень ТТГ:

1. нормальный. 2. нормальный или повышенный. 3. повышенный. 4. нормальный или сниженный. 5. сниженный.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.041. Для субклинического гипотиреоза характерно:

1. небольшое повышение ТТГ. 2. нормальный или слегка повышенный уровень свободного Т3. 3. повышение поглощения J более 50% через 24 часа. 4. нормальный уровень свободного Т4. 5. нормальный уровень общего Т4.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.042. Дифференциальный диагноз узлового эндемического зоба проводится с:

1. узловым спорадическим зобом. 2. узловой формой аутоиммунного тиреоидита. 3. раком щитовидной железы. 4. токсической аденомой щитовидной железы. 5. кистой шеи.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.043. Осложнениями эндемического зоба больших размеров, являющимися показаниями к оперативному лечению зоба является:

1. сдавление пищевода. 2. сдавление трахеи. 3. сдавление сосудисто-нервного пучка шеи. 4. неприятные ощущения при глотании. 5. слабость, быстрая утомляемость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.044. Признаками сдавления органов шеи являются:

1. затрудненное дыхание. 2. сердцебиение. 3. неприятные ощущения при глотании. 4. чувство комка в гортани. 5. охриплость голоса.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если

правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.046. Для эндемического зоба больших размеров характерно:

1. диффузное увеличение щитовидной железы. 2. многоузловые формы зоба. 3. одиночный узел в щитовидной железе. 4. смешанный зоб. 5. конгломератный зоб

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.047. Дифференциальный диагноз острого тиреоидита проводят:

1. с подострым тиреоидитом. 2. с кровоизлиянием в щитовидную железу. 3. с медиастинитом. 4. с саркомой, карциномой щитовидной железы. 5. с флегмоной шеи.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.048. Лечение острого тиреоидита включает:

1. антибиотики широкого спектра, особенно влияющие на кокковую флору. 2. сульфаниламиды. 3. компрессы. 4. вскрытие абсцесса, дренаж, удаление нагноившейся доли. 5. физиотерапию

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.049. Причиной острого бактериального тиреоидита является:

1. ангина, тонзиллит. 2. пневмония. 3. синусит, отит. 4. любая острая или хроническая инфекция. 5. сепсис.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.050. Болезнь Грейвса у пожилых пациентов проявляется следующим:

1. застойной сердечной недостаточностью. 2. апатичным состоянием. 3. наличием «масок» тиреотоксикоза. 4. манифестацией заболевания нарушением сердечного ритма. 5. мышечной слабостью.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.051. Для клиники эндемического зоба наиболее характерными жалобами являются:

1. слабость. 2. быстрая утомляемость. 3. нарушением памяти. 4. сухость кожи, выпадение волос. 5. прибавка веса, запоры.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.052. Для тиреоидной гиперплазии I-II степени в детском возрасте характерно:

1. лабильность пульса. 2. лабильность кровяного давления. 3. склонность к инфекциям. 4. отставание в половом развитии. 5. задержка роста.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.053. В патогенезе подострого тиреоидита играет роль:

1. генетические иммунные нарушения, приводящие к развитию гранулематозного тиреоидита. 2. проникновение вирусной инфекции в щитовидную железу. 3. развитие негнойного воспаления щитовидной железы с нарушением функции. 4. наличие болевого синдрома. 5. повышение СОЭ до 60-80 мм/час.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.054. Наблюдаются следующие клинические варианты течения подострого тиреоидита:

1. фульминантная форма. 2. пролонгированная форма. 3. псевдобазедовидная форма. 4. псевдонеопластическая форма. 5. молниеносная форма.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.055. Для подострого тиреоидита характерно:

1. острое начало заболевания через 3-6 недель после перенесенного вирусного заболевания. 2. повышение температуры тела от субфебрильной до высокой. 3. появление резкой болезненности в области щитовидной железы, иррадиирующей в затылочную и височную области, нижнюю челюсть. 4. увеличение и уплотнение щитовидной железы, болезненность ее при пальпации, симптомы тиреотоксикоза. 5. увеличение СОЭ до 60-80 мм/час при практически нормальной формуле крови.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.056. Различают следующие стадии подострого тиреоидита:

1. раннюю (тиреотоксическую). 2. переходную (эутиреоидную). 3. промежуточную (стадию временного гипотиреоза) и восстановительную (нормализация функции). 4. отсутствие стадий. 5. рецидив подострого тиреоидита.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.057. Лабораторными показателями при подостром тиреоидите являются:

1. значительное увеличение СОЭ при нормальной формуле крови. 2. отсутствие поглощения J щитовидной железой при клинике тиреотоксикоза. 3. повышение Т3, Т4, снижение ТТГ на ранней стадии заболевания. 4. повышение уровня холестерина. 5. снижение уровня калия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.058. Дифференциальный диагноз подострого тиреоидита проводят с:

1. острым тиреоидитом. 2. кровоизлиянием в щитовидную железу. 3. аутоиммунным тиреоидитом. 4. перихондритом. 5. неопластическим процессом в щитовидной железе.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.059. Для патоморфологии эндемического зоба характерно:

1. паренхиматозный зоб (диффузный). 2. паренхиматозный зоб (узловой или смешанный). 3. коллоидный зоб с тенденцией к кистообразованию. 4. микрофолликулярный зоб. 5. макрофолликулярный зоб.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.060. пути проникновения инфекции в щитовидную железу:

1. гематогенный. 2. лимфогенный. 3. контактный. 4. нейрогенный. 5. воздушно-капельный.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.061. Продолжительность подострого тиреоидита обычно составляет:

- А) 5-7 дней
- Б) 1-2 месяца

- В) 1,5-2 года
- Г) 4-6 месяцев
- Д) десятилетия

06.062. Исходом подострого тиреоидита является:

- А) гипотиреоз
- Б) выздоровление
- В) переход в хроническое течение
- Г) атрофия щитовидной железы
- Д) диффузный фиброз щитовидной железы

06.063. Длительность наблюдения при подостром тиреоидите:

- А) 2 месяца
- Б) 6 месяцев
- В) 1 года
- Г) 2 года
- Д) пожизненное

06.064. Гистологически аутоиммунный тиреоидит характеризуется:

- А) фиброзом
- Б) инфильтрацией лимфоцитами
- В) гигантоклеточными гранулемами
- Г) инфильтрацией полиморфоядерными лейкоцитами
- Д) накоплением коллоида

06.065. Атрофическая форма аутоиммунного тиреоидита ассоциируется с антигенами

HLA:

- А) Dr3
- Б) A27
- В) A3
- Г) B8
- Д) BW35

06.066. Гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита ассоциируется с антигенами HLA:

- А) Dr3
- Б) Dr 5
- В) A3
- Г) B8
- Д) BW35

06.067. Аутоиммунный тиреоидит является:

- А) системным аутоиммунным заболеванием
- Б) органоспецифическим аутоиммунным заболеванием
- В) смешанным аутоиммунным заболеванием
- Г) иммунодефицитом
- Д) иммунопролиферативным заболеванием

6.068. При аутоиммунном тиреоидите наиболее часто встречаются антитела к:

- А) тиреоглобулину
- Б) тиреопероксидазе
- В) рецептору ТТГ
- Г) ретробульбарной клетчатке
- Д) островковым клеткам поджелудочной железы.

06.069. Рак щитовидной железы при аутоиммунном тиреоидите:

- А) встречается часто
- Б) встречается редко
- В) не встречается
- Г) встречается в 20% случаев
- Д) встречается в 5% случаев

06.070. При пальпации щитовидной железы для аутоиммунного тиреоидита характерно:

- А) гладкая эластическая консистенция
- Б) неравномерная плотность
- В) каменистая плотность
- Г) болезненность
- Д) очаг флюктуации

06.071. При сцинтиграфии для аутоиммунного тиреоидита характерно:

- А) «холодный» узел
- Б) «горячий» узел
- В) отсутствие поглощения радиофармпрепарата
- Г) неравномерное поглощения радиофармпрепарата
- Д) повышенное поглощение радиофармпрепарата

06.072. Исследование теста захвата с  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой рекомендуется для диагностики:

- А) узлового зоба
- Б) многоузлового зоба
- В) диффузного токсического зоба
- Г) хронического аутоиммунного тиреоидита
- Д) подострого гранулематозного тиреоидита

06.073. В лечении аутоиммунного тиреоидита чаще всего используют:

- А) иммуномодуляторы
- Б) иммуномодуляторы + глюкокортикоиды
- В) глюкокортикоиды + препараты тиреоидных гормонов
- Г) препараты тиреоидных гормонов
- Д) глюкокортикоиды + иммуномодуляторы + препараты, корригирующие функцию щитовидной железы

06.074. Синонимом фиброзного тиреоидита является:

- А) тиреоидит Хасимото
- Б) тиреоидит Де Карвена
- В) зоб Риделя
- Г) аутоиммунный тиреоидит
- Д) специфический тиреоидит

06.075. Гистологически зоб Риделя характеризуется:

- А) фиброзом с прорастанием капсулы щитовидной железы, сосудов и нервов
- Б) гигантоклеточными гранулемами
- В) инфильтрацией полиморфноядерными лейкоцитами
- Г) прорастанием капсулы щитовидной железы, лимфатических и кровеносных сосудов, спаянностью с кожей
- Д) инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, клетками Гюртле

06.076. При фиброзном тиреоидите щитовидная железа пальпаторно:

- А) плотная и болезненная
- Б) плотная и безболезненная
- В) плотная и болезненная на ограниченном участке
- Г) флюктуирует
- Д) горячая на ощупь

06.077. наиболее частым исходом фиброзного тиреоидита является:

- А) субклинический гипотиреоз
- Б) клинический гипотиреоз
- В) эутиреоз
- Г) Т3-тиреотоксикоз
- Д) хаситоксикоз

06.078. Лечение фиброзного тиреоидита:

- А) консервативное
- Б) хирургическое
- В) физиотерапевтическое
- Г) рентгенотерапия
- Д) лазеротерапия

06.079. К группе риска по радиационному тиреоидиту относятся лица, в организм которых поступил:

- А) J
- Б) стронций
- В) цезий
- Г) уран
- Д) полоний

06.080. В отдаленном периоде поле облучения щитовидной железы наиболее вероятно развитие:

- А) струмы Ланганса
- Б) зоба Хасимото
- В) рака щитовидной железы
- Г) первичного гипотиреоза
- Д) зоба Риделя

06.081. Для профилактики радиационного тиреоидита необходимо назначить:

- А) мерказолил
- Б) тимазол
- В) пропицил
- Г) йодистый калий
- Д) перхлорат калия

06.082. Наиболее часто медулярный рак щитовидной железы встречается:

- А) у родственников больных медулярным раком щитовидной железы
- Б) при наборе антигенов гистосовместимости HLA B35
- В) при наборе антигенов гистосовместимости HLA DR3
- Г) при наборе антигенов гистосовместимости HLA DR4
- Д) при наборе антигенов гистосовместимости HLA DR5

06.083. При распространенном раке щитовидной железы наиболее часто отмечается:

- А) нормальный уровень ТТГ
- Б) сниженный уровень ТТГ

- В) повышенный уровень ТТГ
- Г) повышенный уровень тиреоглобулина
- Д) сниженный уровень тиреоглобулина

06.084. Фактором риска развития злокачественных новообразований в щитовидной железе является:

- А) радиационное повреждение щитовидной железы
- Б) йодная недостаточность
- В) избыток фтора в воде
- Г) подострый тиреоидит
- Д) аутоиммунный тиреоидит

06.085. Источником развития медуллярного рака щитовидной железы являются:

- А) А-клетки – фолликулярные
- Б) В-клетки – клетки Ашкенази
- В) С-клетки – парафолликулярные
- Г) клетки Гюртля
- Д) клетки плоскоклеточного эпителия

06.086. Аутоиммунный тиреоидит у подростков наиболее часто сопровождается:

- А) эутиреозом
- Б) тиреотоксикозом
- В) субклиническим гипотиреозом
- Г) офтальмопатией
- Д) лимфаденопатией

06.087. Наиболее редкой причиной тиреотоксикоза является:

- А) токсическая аденома щитовидной железы
- Б) хронический лимфоцитарный тиреоидит
- В) подострый гранулематозный тиреоидит
- Г) многоузловой зоб
- Д) тиреотропинома

06.088. Для диагностики тиреотоксикоза первостепенное значение имеет определение в крови концентрации:

- А) общего Т4 и свободного Т4
- Б) свободного Т4 и свободного Т3
- В) свободного Т3 и ТТГ
- Г) ТТГ и свободного Т4
- Д) ТТГ и антитела к пероксидазе тиреоцитов

06.089. При диффузном токсическом зобе контроль тиреостатической терапии проводится по уровню в крови:

- А) ТТГ
- Б) свободного Т3
- В) свободного Т4
- Г) антител к тиреоглобулину
- Д) антител к тиреопероксидазе

06.090. главный симптом тиреотоксикоза:

- А) диффузный гипергидроз
- Б) наджелудочковая тахикардия
- В) мерцательная аритмия
- Г) мышечная слабость

Д) потеря в весе

06.091. При тиреотоксической стадии подострого гранулематозного тиреоидита назначают:

- А) антибиотики и аспирин
- Б) аспирин и мерказолил
- В) мерказолил и бета-блокаторы
- Г) бета-адреноблокаторы и глюкокортикоиды
- Д) глюкокортикоиды и мерказолил

06.092. суточная потребность взрослого человека в йоде:

- А) 50 мкг
- Б) 100 мкг
- В) 200 мкг
- Г) 300 мкг
- Д) 500 мкг

06.093. У беременной с повышенным уровнем общего Т3 и общего Т4 прежде всего необходимо провести:

- А) определение ТТГ
- Б) определение свободный Т3 и Т4
- В) УЗИ щитовидной железы
- Г) радиоизотопную сцинтиграфию щитовидной железы
- Д) исследование интратиреоидного йода

06.094. Для диагностики рака щитовидной железы наиболее информативна:

- А) эхотомография
- Б) радиоизотопная сцинтиграфия
- В) компьютерная томография
- Г) пункционная биопсия
- Д) термография

06.095. Наиболее достоверный показатель ремиссии диффузного токсического зоба – это:

- А) нормальный уровень свободных Т3 и Т4
- Б) нормальный уровень ТТГ
- В) нормальный уровень антител к тиреопероксидазе
- Г) нормальный уровень антител к тиреоглобулину
- Д) нормальный уровень антител к рецептору ТТГ

06.096. Доза левотироксина после операции по поводу папиллярного рака щитовидной железы обычно составляет:

- А) 50-75 мкг
- Б) 75-100 мкг
- В) 100-150 мкг
- Г) 150-200 мкг
- Д) 200-300 мкг

06.097. Повышенный уровень кальцитонина является маркером:

- А) токсической аденомы щитовидной железы
- Б) папиллярного рака
- В) фолликулярного рака
- Г) медуллярного рака
- Д) лимфомы

06.098. Введение тиреолиберина вызывает усиление секреции:

- А) пролактина
- Б) АКТГ
- В) ФСГ
- Г) СТГ
- Д) адреналина

06.099. Тиреотропин (тиреотропный гормон) вызывает усиление синтеза:

- А) тироксина;
- Б) адреналина;
- В) норадреналина;
- Г) кортизола;
- Д) тестостерона.

06.100. Синтез тиреотропного гормона усиливается:

- А) тиреолиберинном;
- Б) избытком тироксина;
- В) избытком трийодтиронина;
- Г) дийодтиронином;
- Д) монойодтиронином.

06.101. При избытке тироксина в крови:

- А) повышается уровень тиреотропного гормона;
- Б) снижается уровень тиреотропного гормона;
- В) не изменяется уровень тиреотропного гормона;
- Г) повышается содержание тиреолиберина;
- Д) не изменяется содержание тиролиберина.

06.102. Тиреоглобулин является:

- А) стероидом;
- Б) липопротеидом;
- В) гликопротеидом;
- Г) углеводом;
- Д) витамином.

06.103. Йод всасывается в организме в виде йодида в:

- А) желудке
- Б) полости рта
- В) толстом кишечнике
- Г) тонком кишечнике
- Д) дыхательных путях.

06.104. Исходным продуктом для синтеза тиреоидных гормонов является:

- А) фенилаланин;
- Б) тирозин;
- В) валлин;
- Г) лейцин;
- Д) оксипролин.

06.105. Тиреоидные гормоны связываются в крови с:

- А) тироксинсвязывающим глобулином и преальбумином;
- Б) транскортином;
- В) трансферрином;

- Г) орозомукоидом;
- Д) метионином.

06.106. По биологическим эффектам трийодтиронин активнее тироксина:

- А) в 2 раза;
- Б) в 3 раза;
- В) в 4-5 раз;
- Г) в 10 раз;
- Д) 20 раз.

06.107. Избыток тиреоидных гормонов вызывает:

- А) усиление синтеза белков;
- Б) не изменяет обмен белков;
- В) усиление катаболизма белков;
- Г) усиление синтеза липидов;
- Д) не изменяет обмен липидов.

06.108. Парафолликулярные клетки (С-клетки) щитовидной железы синтезируют:

- А) тиреокальцитонин;
- Б) тироксин;
- В) трийодтиронин;
- Г) реверсивный трийодтиронин;
- Д) тиреоглобулин.

06.109. Кальцитонин (тиреокальцитонин):

- А) снижает кальций крови;
- Б) повышает кальций крови;
- В) повышает активность щелочной фосфатазы;
- Г) повышает экскрецию гидроксипролина с мочой;
- Д) повышает фосфор крови.

06.110. При обследовании щитовидной железы минимальную лучевую нагрузку дает:

- А) ангиография сосудов щитовидной железы;
- Б) компьютерная томография;
- В) лимфография;
- Г) УЗИ щитовидной железы;
- Д) радиоизотопная сцинтиграфии с Тс-99.

06.111. Наиболее высокое содержание в крови антител к микросомальному антигену отмечается при:

- А) диффузном токсическом зобе;
- Б) аутоиммунном тиреоиде;
- В) подостром тиреоиде;
- Г) тиреотоксической аденоме;
- Д) раке щитовидной железы.

06.112. Для проведения пробы с нагрузкой трийодтиронином используют дозу:

- А) 50 мкг;
- Б) 60 мкг;
- В) 80 мкг;
- Г) 100 мкг;
- Д) 200 мкг.

06.113. Пробу с тиреолиберинном используют для диагностики:

- А) гипотиреоза;
- Б) диффузного токсического зоба;
- В) тиреотоксической аденомы;
- Г) тиреотропиномы;
- Д) соматотропиномы.

06.114. Установите соответствие.

Заболевание

- А) тиреотоксикоз
- Б) гипотиреоз

Клинический признак

1. сухость кожи;
2. отеки;
3. диффузный гипергидроз;
4. наджелудочковая тахикардия;
5. диастолическая гипертензия;
6. выпот в полость перикарда;
7. мышечная слабость;
8. потеря в весе.

06.115. Установите соответствие.

Заболевание

- А) тиреотоксикоз
- Б) первичный гипотиреоз

Лабораторный признак

1. ТТГ более 5,0 мкМЕ/мл;
2. ТТГ менее 0,2 мкМЕ/мл;
3. Т4 снижен;
4. Т4 повышен;
5. гипохолестеринемия;
6. гиперхолестеринемия;
7. эритроцитоз.

06.116. Установите соответствие.

Заболевание

- А) первичный гипотиреоз
- Б) вторичный гипотиреоз
- В) третичный гипотиреоз

Лабораторный признак

1. Т4 снижен;
2. ТТГ снижен;
3. ТТГ повышен;
4. антитела к тиреопероксидазе значительно повышены;
5. проба стимуляции ТТГ тиролиберином отрицательная;
6. проба стимуляции ТТГ тиролиберином положительная.

06.117. Установите соответствие.

Нозологическая форма

- А) токсическая аденома
- Б) тиреотропинома
- В) первичный гипотиреоз или в норме
- Г) подострый тиреоидит

Д) медикаментозный тиреотоксикоз или в норме

Диагностические тесты

1. ТТГ, Т4 и Т3 повышены
2. ТТГ снижен, Т4 и Т3 повышены
3. ТТГ повышен, Т4 и Т3 снижены
4. «горячий узел» при сцинтиграфии
5. отсутствие поглощения изотопа при сцинтиграфии
6. рентгенологические признаки аденомы гипофиза

06.118. Дифференциальный диагноз подострого тиреоидита проводят с:

1. острым тиреоидитом. 2. кровоизлиянием в щитовидную железу. 3. аутоиммунным тиреоидитом. 4. перихондритом. 5. респираторной вирусной инфекцией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.119. Синоним «аутоиммунного тиреоидита» это:

1. аутоиммунный зоб. 2. зоб Хасимото. 3. лимфоцитарный тиреоидит. 4. гранулематозный тиреоидит. 5. зоб Риделя.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.120. Большими диагностическими признаками аутоиммунного тиреоидита являются:

1. первичный гипотиреоз. 2. наличие антител к ткани щитовидной железы. 3. ультразвуковые признаки аутоиммунной патологии. 4. тиреотоксикоз в анамнезе. 5. плотная и увеличенная щитовидная железа при пальпации.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.121. Левотироксин при аутоиммунном тиреоидите назначают с целью:

1. иммунокоррекции. 2. иммуносупрессии. 3. профилактики гипотиреоза. 4. лечения гипотиреоза. 5. профилактики узлообразования в щитовидной железе.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.122. Глюкокортикоиды при аутоиммунном тиреоидите назначают с целью:

1. иммунокоррекции. 2. лечения претибеальной микседемы. 3. уменьшения уровня тиреоидных антител. 4. лечения эндокринной офтальмопатии. 5. лечения тиреотоксикоза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.123. В зоне йоддефицита прием профилактических доз йода противопоказан при:

1. узловым зобом. 2. аутоиммунном тиреоидите. 3. гипотиреозе. 4. аллергической реакции на йод. 5. нормальных размерах щитовидной железы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.124. Аутоиммунный тиреоидит сочетается с:

1. ревматоидным артритом. 2. гемолитической аутоиммунной анемией. 3. миастенией. 4. офтальмопатией. 5. витилиго.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.125. Радиоизотопная сцинтиграфия щитовидной железы рекомендована при:

1. рецидиве зоба и/или тиреотоксикоза после операции. 2. наличии опухоли на шее, подозрительной на опухоль щитовидной железы. 3. оценке радикальности операции экстирпации щитовидной железы по поводу рака. 4. зобе больших размеров. 5. хаситоксикозе.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.126. При обнаружении диффузного увеличения щитовидной железы необходимо рекомендовать:

1. исследование антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину. 2. исследование ТТГ и Т4. 3. УЗИ щитовидной железы. 4. радиоизотопную скintiграфию щитовидной железы. 5. пункционную биопсию.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.127. Аутоиммунный тиреоидит диагностируется, если:

1. уровень антител к тиреопероксидазе значительно повышен. 2. уровень ТТГ более 5,0 мкМЕ/мл. 3. при УЗИ щитовидной железы эхогенность значительно снижен. 4. объем щитовидной железы у женщин менее 8 мл. 5. объем щитовидной железы у женщин более 18 мл.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.128. Для аутоиммунного тиреоидита наиболее характерно:

1. ТТГ повышен, Т4 снижен. 2. ТТГ снижен, Т4 повышен. 3. ТТГ повышен, Т4 в норме. 4. ТТГ и Т4 в норме. 5. ТТГ и Т4 снижены.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.129. Для лечения аутоиммунного тиреоидита применяют:

1. плазмаферез. 2. иммуномодуляторы. 3. глюкокортикоиды. 4. препараты тиреоидных гормонов. 5. препараты йода.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.130. Для коррекции функции щитовидной железы применяют:

1. мерказолил. 2. пропицил. 3. левотироксин. 4. калия йодид. 5. преднизолон.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.131. При наличии диффузного увеличения щитовидной железы по данным пальпации и/или увеличение ее объема при УЗИ прежде всего необходимо:

1. исключить аутоиммунный тиреоидит. 2. назначить йодомарин 100 мкг в сутки на 6 месяцев. 3. назначить йодомарин 200 мкг в сутки на 6 месяцев. 4. назначить левотироксин в дозе 1,6-1,8 мкг/кг массы тела на 6 месяцев. 5. назначить левотироксин в дозе 2,6-3 мкг/кг массы тела на 6 месяцев.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.132. Назначение тиреоидных препаратов при эутиреозе целесообразно, если:

1. в доле щитовидной железы обнаружен узел более 2 см в диаметре. 2. объем щитовидной железы нормальный, а уровень антител к тиреоглобулину значительно повышен. 3. объем щитовидной железы более 18 мл у женщин. 4. в анамнезе реакция доли щитовидной железы в связи с узловым коллоидным зобом. 5. при УЗИ обнаружено несколько узловых образований менее 1 см в диаметре.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.133. Хирургическое лечение аутоиммунного тиреоидита показано при:

1. больших размерах зоба с признаками сдавления органов шеи. 2. метаплазии тиреоидного эпителия. 3. наличии узловых образований более 3 см в диаметре. 4. алопеция. 5. миастении.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.134. Показанием к хирургическому лечению фиброзного тиреоидита является:

1. сдавление трахеи с нарушением дыхания. 2. расстройства кровообращения в области шеи. 3. ускорение роста плотной щитовидной железы, спаянной с окружающими тканями. 4. тяжелый тиреотоксикоз. 5. тяжелый гипотиреоз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.135. Превращение Т4 в Т3 блокируют:

1. глюкокортикоиды. 2. пропранолол. 3. пропицил. 4. мерказолил. 5. конкор.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.136. Для тиреотоксического криза характерны:

1. тахикардия и мерцание предсердий. 2. гипертермия. 3. артериальная гипертония. 4. гипергидроз. 5. высокий уровень Т3 и Т4.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.137. При эндокринной офтальмопатии наиболее эффективно:

1. параорбитальное введение глюкокортикоидов. 2. прием глюкокортикоидов внутрь. 3. субтотальная резекция щитовидной железы. 4. рентгенотерапия области орбит. 5. плазмаферез.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.138. Тиреотоксикоз имеет нетипичные проявления при:

1. тиреотоксической аденоме. 2. подостром тиреоидите. 3. тиреотропиноме. 4. апатетическом тиреотоксикозе. 5. тиреоидите Хасимото.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.139. Для диагностики вторичного гипотиреоза необходимо исследовать:

1. свободный Т4. 2. пробу с тиреолиберином. 3. ТТГ. 4. антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину. 5. тиреоглобулин.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.140. «Холодный узел» на сканограмме у пациента с эутиреозом может быть при:

1. кисте щитовидной железы. 2. очаговом подостром тиреоидите. 3. раке щитовидной железы. 4. аденоме паращитовидной железы. 5. компенсированной токсической аденоме.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.141. Повышенное содержание общего Т4 при нормальном уровне ТТГ у пациентки с

эутиреозом может быть обусловлено:

1. беременностью. 2. хроническим гепатитом. 3. приемом гормональных контрацептивов. 4. субклиническим гипертиреозом. 5. приемом левотироксина.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.142. Для лечения пожилых пациентов с гипотиреозом безопаснее использовать:

1. Л-тироксин. 2. тиреотом. 3. эутирокс. 4. трийодтиронин. 5. лиотиронин.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.143. Для субклинического тиреотоксикоза характерно:

1. повышение уровня ТЗ или Т4. 2. понижение уровня ТТГ. 3. повышение уровня тиреоглобулина. 4. снижение ответа ТТГ на тиреолиберин. 5. повышение ответа ТТГ на тиреолиберин.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.144. Отсутствие захвата радиоактивного йода или технеция щитовидной железой характерно для:

1. аплазии щитовидной железы. 2. ранней стадии подострого тиреоидита. 3. передозировки препаратов тиреоидных гормонов. 4. блокады щитовидной железы фармакологическими дозами йода. 5. струмы яичников.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.145. Для тиреотоксической аденомы характерны:

1. возраст больного старше 40 лет. 2. тахисистолическая форма мерцания предсердий. 3. сердечная недостаточность. 4. частая желудочковая экстрасистолия. 5. претибиальная микседема.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.146. Через плацентарный барьер от матери к плоду проникают:

1. мерказолил. 2. тиреоидные гормоны. 3. тиреостимулирующие иммуноглобулины. 4. ТТГ. 5. тиролиберин.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.147. В лечении начальной фазы подострого тиреоидита используют:

1. бета-адреноблокаторы. 2. антибиотики. 3. глюкокортикоиды. 4. тиреостатики. 5. десенсибилизирующие средства.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.148. в лечении острого гнойного тиреоидита использую:

1. антибиотики. 2. тиреостатики. 3. оперативное вмешательство. 4. глюкокортикоиды. 5. плазмаферез.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.149. Резистентность периферических тканей к тиреоидным гормонам характеризуется:

1. признаками гипертиреоза. 2. признаками гипотиреоза. 3. увеличением уровня ТТГ.

4. увеличением уровня Т4. 5. снижением уровня ТТГ.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.150. Для гипотиреоидной миопатии характерны:

1. уплотнение и болезненность скелетных мышц. 2. туннельный синдром. 3. повышение уровня КФК. 4. проксимальная миопатия. 5. гипокальциемия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.151. Для лечения тиреотоксического криза используются:

1. глюкокортикоиды. 2. пропранолол. 3. тиреостатики. 4. раствор Люголя. 5. физиологический раствор.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.152. Показания к назначению глюкокортикоидов при диффузном токсическом зобе – это:

1. офтальмопатия. 2. претибиальная микседема. 3. относительная надпочечниковая недостаточность. 4. высокий уровень тиреоидных антител. 5. рецидив тиреотоксикоза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.153. Хирургическое лечение токсического зоба показано при:

1. больших размерах зоба. 2. узловых формах зоба. 3. рецидиве тиреотоксикоза после консервативного лечения. 4. беременности. 5. сопутствующей язвенной болезни желудка.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.154. На метастазы папиллярного рака после тиреоидэктомии указывает:

1. увеличение уровня кальцитонина. 2. увеличение уровня антител к тиреопероксидазе. 3. субфебрильная температура тела. 4. увеличение уровня тиреоглобулина. 5. увеличение уровня ТТГ.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.155. К факторам риска для рака щитовидной железы относятся:

1. рентгеновское облучение шеи в анамнезе. 2. семейные случаи рака щитовидной железы. 3. воздействие радиации. 4. узловой зоб. 5. многоузловой зоб.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

06.156. Субклинический тиреотоксикоз чаще выявляется при:

1. передозировке препаратов тиреоидных гормонов. 2. кисте щитовидной железы больших размеров. 3. диффузном зобе. 4. многоузловом зобе. 5. вегето-сосудистой дистонии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

## 7. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

77.01. Дефицит паратгормона характеризуется наличием:

- А) тонических судорог;
- Б) повышенной температуры;

- В) диареи;
- Г) жажды;
- Д) повышенной судорожной активности головного мозга (ЭЭГ).

07.02. Псевдогипопаратиреоз характеризуется:

- А) сниженным уровнем паратгормона;
- Б) повышенным уровнем паратгормона;
- В) нормальным уровнем паратгормона;
- Г) повышенным уровнем кальция в крови;
- Д) увеличенной экскреции кальция с мочой.

07.03. При повышении кальция в сыворотке крови на ЭКГ отмечается:

- А) укорочение интервала QT (RT);
- Б) повышение зубца Т;
- В) патологический зубец Q;
- Г) патологический зубец U;
- Д) удлинение PQ.

07.04. Для первичного гиперпаратиреоза характерно:

- А) снижение кальция в сыворотке крови;
- Б) повышение кальция в сыворотке крови;
- В) повышение фосфора в сыворотке крови;
- Г) снижение фосфора, выделяемого почками;
- Д) снижение активности щелочной фосфатазы.

07.05. При сканировании паращитовидных желез используют радиофармпрепарат:

- А) селен – метионин;
- Б) технеций;
- В) <sup>131</sup>I;
- Г) <sup>131</sup>I-холестерол;
- Д) радиоактивный иттрий.

07.06. Для лечения гипопаратиреоза используют перечисленные препараты:

1. рокартрол. 2. 1,25 диоксикальциферол (А-10). 3. тахистин. 4. дегидротахистерол. 5. кальцитриол.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

07.07. Наиболее часто снижается функция паращитовидных желез при следующих состояниях:

1. повреждение 50% и более функционально активной ткани паращитовидных желез (при операции на щитовидной железе). 2. аутоиммунное повреждение паращитовидных желез. 3. лучевое повреждение паращитовидных желез. 4. удаление аденомы паращитовидной железы. 5. гемохроматоз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

07.08. Для гиперпаратиреоза характерно перечисленное:

1. повышение активности щелочной фосфатазы. 2. повышенный кальций крови. 3. повышенная экскреция кальция почками. 4. повышенный фосфор крови. 5. сниженная экскреция фосфора почками.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

07.09. Для диагностики аденомы паращитовидных желез могут быть использованы следующие исследования:

1. субтракционная сцинтиграфия с Tl-204 и Tc-99m.
2. пневмопаратиреоидография;
3. компьютерная томография.
4. сканирование с селен – метионином.
5. термография.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

07.10. Гипопаратиреоз характеризуется перечисленными признаками:

1. снижением кальция в сыворотке крови.
2. повышением фосфора в сыворотке крови.
3. снижением экскреции кальция с мочой.
4. повышением выведения фосфора почками.
5. повышением кальция в сыворотке крови.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

## 8. ОЖИРЕНИЕ

08.01. Распространенность ожирения в России составляет:

- А) 60% людей трудоспособного возраста;
- Б) 20%-30% людей трудоспособного возраста;
- В) 40% людей трудоспособного возраста;
- Г) 5% людей трудоспособного возраста;
- Д) 70% людей трудоспособного возраста.

08.02. Высокая распространенность ожирения в развитых странах объясняется:

- А) наличием сбалансированного регулярного питания;
- Б) недостатком в рационе питания белка;
- В) избытком жира в рационе питания;
- Г) недостатком в рационе питания клетчатки;
- Д) недостатком витаминов группы В и Д.

08.03. Вероятность развития ожирения у потомства, при наличии ожирения у обоих родителей составляет:

- А) 30-40%
- Б) 50-60%
- В) 70-80%
- Г) 80-90%
- Д) 100%

08.04. Ожирение редко наблюдается при:

- А) адипозо-генитальной дистрофии;
- Б) гипотиреозе;
- В) болезни Иценко-Кушинга;
- Г) гипокортицизме;
- Д) гипогонадизме.

08.05. Для эссенциального ожирения характерно:

- А) гиперинсулинизм;
- Б) гипоинсулинизм;
- В) гипопролактинемия;
- Г) гиперкортицизм;
- Д) снижение секреции СТГ.

08.06. Для ожирения характерно:

- А) повышение уровня ХС и ТГ;
- Б) повышение ЛПВН;

- В) снижение ЛПНП;
- Г) снижение уровня постпрандиальных ТГ;
- Д) снижение уровня СЖК.

08.07. При ожирении развиваются следующие сердечно - сосудистые осложнения:

1. повышение артериального давления. 2. прогрессирование атеросклероза коронарных сосудов. 3. гипертрофия левого желудочка. 4. слабость синусового узла, брадикардия. 5. мерцательная аритмия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.08. При ожирении развиваются следующие осложнения со стороны ЖКТ

1. увеличение размеров печени. 2. желчнокаменная болезнь. 3. растяжение желудка; 4. жировая инфильтрация печени. 5. хронический панкреатит.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.09. При морбидном ожирении имеют место следующие признаки нарушения функции мочевыделительной системы:

1. повышение уровня креатинина. 2. отеки. 3. высокий удельный вес мочи. 4. низкий удельный вес мочи. 5. снижение уровня мочевой кислоты.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.10. При морбидном ожирении имеют место следующие признаки нарушения функции нервной системы:

1. сонливость. 2. ослабление памяти. 3. ослабление памяти. 4. нарушения мозгового кровообращения. 5. нистагм.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.11. При ожирении часто имеют место следующие заболевания эндокринной системы:

1. НТГ или сахарный диабет 2 типа. 2. бесплодие. 3. нарушения менструального цикла. 4. гипокортицизм. 5. гипопаратиреоз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.12. Для синдрома Прадера-Вилли характерно:

1. ожирение. 2. гипогонадизм. 3. умственная отсталость. 4. отсутствие аппетита. 5. чрезмерная физическая активность.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.13. Для синдрома Морганьи-Стюарта-Мореля характерно:

1. прогрессирующее ожирение. 2. гипотензия. 3. утолщение внутренней пластинки лобной кости. 4. дебильность. 5. мышечная слабость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.14. Для синдрома Лоренса-Муна-Барде-Бидля характерно:

1. ожирение и гипогонадизм. 2. нарушения менструального цикла. 3. ожирение и умственная отсталость. 4. гипопаратиреоз. 5. нефропатия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если

правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.15. Для синдрома Альстрема характерно:

1. сахарный диабет 2 типа. 2. ожирение. 3. глухота. 4. снижение СТГ. 5. снижение гонадотропинов в моче.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.16. Ожирение часто сочетается со следующими заболеваниями:

1. псориаз. 2. сахарный диабет 2 типа. 3. ветилиго. 4. ИБС. 5. бронхиальная астма.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.17. Липидограмма при ожирении характеризуется следующими изменениями:

1. повышение НЭЖК. 2. повышение уровня ТГ. 3. повышение уровня ТГ. 4. повышение уровня ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП. 5. снижение уровня ЛПВП.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.18. При ожирении часто имеют место следующие заболевания эндокринной системы:

1. НТГ или сахарный диабет 2 типа. 2. бесплодие. 3. нарушения менструального цикла. 4. гипокортицизм. 5. гипопаратиреоз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.19. Для лечения ожирения используются следующие препараты:

1. орлиста. 2. сибутрамин. 3. флуоксетин. 4. фенилпропаноламин. 5. дексфенфлюрамин.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.20. Для лечения метаболического синдрома используют:

1. метформин. 2. гормонозаместительную терапию (для женщин). 3. блокаторы а – гликозидаз. 4. блокаторы кишечных и панкреатических липаз. 5. ингибиторы АПФ.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.21. Синдром Пиквика характеризуется:

1. морбидным ожирением. 2. гиповентиляцией. 3. сонливостью. 4. гиперхолестеринемией. 5. гипертриглицеридемией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.22. Хирургическое лечение ожирения включает:

1. липосакцию. 2. формирование малого желудка (вертикальная гастропластика). 3. миостимуляцию. 4. выключение части тонкого кишечника. 5. изменение секреции желудочно-кишечных гормонов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

08.23. К вспомогательным хирургическим методам лечения ожирения относятся:

1. гастробулирование. 2. удаление малого сальника. 3. наложение на желудок зажима по типу песочных часов. 4. вертикальная гастропластика. 5. лазеротерапия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

## РАЗДЕЛ 9. ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ

09.01. Основным медикаментозным методом лечения климактерического невроза является:

- А) прогестерон или его синтетический аналог;
- Б) заместительная гормональная терапия;
- В) большие дозы андрогенов;
- Г) сочетанное назначение эстрогенов и андрогенов;
- Д) нейролептические препараты;

09.02. Основным морфологическим признаком первичных поликистозных яичников является:

- А) утолщение и склероз белочной оболочки яичников;
- Б) гипоплазия тека – клеток;
- В) гиперплазия стромы яичников;
- Г) гипоплазия эндометрия;
- Д) гиперплазия шлюсных клеток яичника.

09.03. Аменорея с повышенным уровнем гонадотропинов встречается при:

- А) синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера;
- Б) дисгенезии гонад;
- В) синдроме Каллмана;
- Г) аденоме гипофиза;
- Д) неврогенной анорексии.

09.04. Содержание андрогенов в крови отражает концентрация:

- А) свободного тестостерона;
- Б) андростендиона;
- В) дигидроэпиандростерона – сульфата (ДГЭАС);
- Г) 17 – гидроксипрогестерона;
- Д) общего тестостерона.

09.05. Лютеиновая фаза менструального цикла характеризуется:

- А) ростом и развитием фолликулов;
- Б) секрецией прогестерона;
- В) низкой базальной температурой;
- Г) секрецией эстрогенов;
- Д) различной продолжительностью.

09.06. При синдроме Штейна – Левенталя показано лечение:

- А) андрогенами;
- Б) бромкриптином;
- В) эстроген – гестагенными препаратами;
- Г) эстрогенами;
- Д) заназолом;

09.07. Для синдрома поликистозных яичников наиболее характерно:

- А) повышение концентрации ЛГ;
- Б) повышение уровня ФСГ;
- В) снижение уровня тестостерона;

- Г) снижение уровня пролактина;
- Д) повышение уровня тиролиберина;

09.08. При консервативной терапии синдрома поликистозных яичников следует применять:

- А) эстрогены;
- Б) бромкриптин;
- В) андрогены;
- Г) даназол;
- Д) аналоги гонадотропин-рилизинг – гормона.

09.09. Оптимальным вариантом лечения поликистоза яичников считается:

- А) консервативная терапия;
- Б) демедуляция яичников;
- В) электро – и термокаутеризация яичников;
- Г) овариэктомия;
- Д) клиновидная резекция обоих яичников.

09.10. При поликистозе яичников на фоне надпочечниковой андрогении следует применять:

- А) комбинированные эстроген – гестагеновые препараты;
- Б) эстрогены;
- В) золадекс;
- Г) даназол;
- Д) глюкокортикоиды.

09.11. Укажите гормон, секреция которого ингибируется при высокой концентрации в крови эстрогенов:

- А) прогестерон;
- Б) АКТГ;
- В) ФСГ;
- Г) ЛГ;
- Д) ингибин.

09.12. Основным методом лечения поликистоза яичников гипоталамического генеза является:

- А) применение регуляторов обмена нейромедиаторов;
- Б) операция на яичниках;
- В) комбинированное лечение (оперативное, консервативное);
- Г) диетотерапия;
- Д) эстроген – гестагенные препараты.

09.13. Гинекомастия – это:

- А) увеличение ткани молочной железы у женщин;
- Б) наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин;
- В) замещение ткани грудной железы на жировую у женщин;
- Г) деформация молочных желез у женщин;
- Д) замещение ткани грудной железы на жировую у мужчин.

09.14. Развитию гинекомастии у мужчин могут способствовать:

1. анаболические стероиды. 2. нифедипин. 3. кремы, в состав которых входят эстрогены. 4. наркотики (марихуана, героин и др.). 5. верапамил.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.15. Обязательными проявлениями синдрома Шерешевского – Тернера являются:

1. отсутствие гонад. 2. замещение гонад соединительнотканными тяжами. 3. гипоплазия матки. 4. удвоение мочеточников. 5. окклюзия почечных артерий.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.16. Внешние проявления синдрома Шерешевского – Тернера следующие:

1. низкорослость при пропорциональном телосложении. 2. короткая шея, с возможными кожными складками, идущими от головы к плечам – голова сфинкса. 3. широкая бочковидная грудная клетка. 4. низкорослость и не пропорциональное телосложение. 5. пальцы в виде «барабанных палочек».

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.17. Лабораторными маркерами синдрома Шерешевского – Тернера являются:

1. повышение уровня гонадотропных гормонов. 2. снижение уровня эстрогенов; 3. повышение уровня гормона роста. 4. нормальный уровень экскреции 17 – КС и 17 – ОКС с мочой. 5. усиленное выделение с мочой гонадотропинов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.18. Клиническими проявлениями синдрома Клайнфельтера являются:

1. недоразвитость половых органов. 2. гинекомастия. 3. бесплодие. 4. низкорослость. 5. пропорциональное телосложение.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.19. Офтальмологическими проявлениями синдрома Клайнфельтера являются:

1. двусторонний эпикантус. 2. точечное помутнение капсулы хрусталика. 3. колобома радужки. 4. катаракта. 5. диплопия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.20. Для синдрома Штейна – Левенталя наиболее характерны:

1. опсоменорея. 2. ановуляторные менструальные циклы. 3. бесплодие. 4. гирсутизм. 5. гиперплазия и гипертрофия овариальной стромы.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.21. Синдром Каллмена характеризуется:

1. гипогонадизмом. 2. аносмией. 3. бесплодием. 4. евнухоидизмом. 5. крипторхизмом.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.22. Для синдрома Шиена характерно:

1. гипокортицизм. 2. гипогонадизм. 3. гипотиреоз. 4. гипертиреоз. 5. ожирение.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.23. Развитие синдрома Шиена обусловлено:

1. гипоксией гипофиза. 2. некрозом гипофиза. 3. инфарктом гипофиза. 4. поражением гипоталамуса. 5. аутоиммунным поражением надпочечников.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если

правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.24. При синдроме Шиена необходимо назначить:

1. половые гормоны. 2. тиреоидные гормоны. 3. глюкокортикоиды. 4. тиреостатики. 5. гормон роста.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.25. Продолжительность нормального менструального цикла:

- А) 28-29 дней;
- Б) 28-40 дней;
- В) 5-9 дней;
- Г) 21-35 дней;
- Д) 14-28 дней.

09.26. Продолжительность нормальной менструации:

- А) 1-3 дня;
- Б) 23-5 дней;
- В) 3-7 дней;
- Г) 5-8 дней;
- Д) 3-10 дней.

09.27. Циклическая секреция ЛГ и ФСГ обеспечивается:

- А) выбросом гонадотропин – рилизинга гормона один раз в 60-90 мин.;
- Б) механизмом отрицательной и положительной обратной связи со стероидогенезом в яичниках;
- В) периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной жидкости;
- Г) периодическим выбросом нейротрансмиттеров;
- Д) изменением кровотока в портальной системе гипофиза.

09.28. Гонадолиберин контролирует секрецию:

- А) ЛГ и ФСГ;
- Б) дофамин;
- В) пролактин;
- Г) норадреналин;
- Д) тиролиберин.

09.29. Время наступления овуляции определяют на основании:

- А) пика уровня эстрогенов;
- Б) выброса ФСГ;
- В) выброса ЛГ;
- Г) преовуляторного повышения уровня прогестерона;
- Д) пика уровня пролактина.

09.30. Синтез гонадолиберина осуществляется в:

- А) передней доле гипофиза;
- Б) задней доле гипофиза;
- В) ядрах гипоталамуса;
- Г) нейронах коры большого мозга;
- Д) в нейтронах мозжечка.

09.31. Для стимуляции овуляции применяют:

- А) дюфастон;

- Б) дориксазу;
- В) премарин;
- Г) клостилбегит;
- Д) фемоден.

09.32. Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для:

- А) выявления гиперэстрогемии;
- Б) диагностики ановуляции;
- В) уточнения генеза гиперандрогемии;
- Г) диагностики типичной формы дисгенезии гонад;
- Д) выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла.

09.33. Основными стероидпродуцирующими тканями яичников являются:

- А) гранулеза, текальная оболочка;
- Б) белочная оболочка;
- В) поверхностный эпителий;
- Г) строма;
- Д) гилюсные клетки.

09.34. Причиной приливов жара в менопаузе является:

- А) выброс ФСГ;
- Б) выброс ЛГ;
- В) резкое падение уровня эстрогенов;
- Г) резкое падение уровня прогестеронов;
- Д) выброс пролактина.

09.35. Заместительная терапия эстрогенами наименее всего влияет на:

- А) снижение тонуса мышц влагалища;
- Б) депрессию;
- В) атрофический вагинит;
- Г) бессонницу;
- Д) диспареунию.

09.36. На яичниковый генез гиперандрогении с большой вероятностью указывает повышенный уровень:

- А) андростендиона;
- Б) ДГЭА;
- В) ДГЭА – С;
- Г) 17 – гидроксипрогестерона;
- Д) общего тестостерона.

09.37. Действие андрогенов на уровне рецепторов:

- А) 5 альфа – редуктаза;
- Б) спиронолактон;
- В) циметидин;
- Г) преднизолон;
- Д) эстрогены.

09.38. В патофизиологии гирсутизма имеют значение следующие изменения:

- А) повышение концентрации общего тестостерона;
- Б) снижение уровня сексстероидсвязывающего глобулина;
- В) уменьшение активности 5 – альфа – редуктазы;
- Г) повышение уровня прогестерона в крови;
- Д) повышение содержания ЛГ.

09.39. Основной опасностью для здоровья в менопаузе является:

- А) сердечно – сосудистые заболевания;
- Б) расслабление мышц тазового дна;
- В) рак эндометрия;
- Г) депрессия;
- Д) остеопороз.

09.40. Для лечения гирсутизма у молодой женщины с нерегулярными менструальными циклами наиболее эффективно:

- А) химическая эпиляция,
- Б) выщипывание волос,
- В) электролизис,
- Г) пероральные контрацептивы,
- Д) обесцвечивание.

09.41. Для послеродового нейроэндокринного синдрома характерно:

- А) быстрое снижение массы тел;
- Б) постоянная гипертензия;
- В) нарушение менструальной и детородной функции;
- Г) алопеция;
- Д) нагрубание и болезненность молочных желез.

09.42. Основной причиной недержания мочи в постменопаузе является:

- А) снижение содержания эстрогенов;
- Б) уменьшение длины уретры;
- В) смещение проксимальной части уретры кзади;
- Г) ожирение;
- Д) сглаживание заднего уретро – везикального угла.

09.43. Климакс у женщин наступает:

- А) не ранее 40 лет;
- Б) 38-45 лет;
- В) 45-55 лет;
- Г) 55-65 лет;
- Д) после 60 лет.

09.44. Климактерический невроз является признаком:

- А) патологического климакса;
- Б) физиологического климакса;
- В) вегетососудистой дистонии;
- Г) заболевания ЦНС;
- Д) психастении.

09.45. Климакс у женщин обусловлен:

- А) угасанием функции яичников;
- Б) нарушением функции коры головного мозга;
- В) нарушением функции надпочечников;
- Г) нарушением функции щитовидной железы;
- Д) нарушением функции гипоталамических структур.

09.46. Наиболее характерным симптомом климактерия средней тяжести является:

- А) сердцебиение;
- Б) снижение работоспособности;
- В) головокружение;

- Г) нарушение сна, раздражительность;
- Д) приливы до 20 раз в сутки.

09.47. Наиболее характерным проявлением климактерия легкой формы является:

- А) сердцебиение;
- Б) депрессия;
- В) приливы менее 10 раз в сутки;
- Г) резкое снижение работоспособности;
- Д) адинамия.

09.48. Наиболее характерным симптомом тяжелого климактерия является:

- А) общая слабость;
- Б) частые приливы, сопровождающиеся сердцебиением;
- В) вегетативные вестибулярные нарушения;
- Г) покраснение лица;
- Д) гипертония.

09.49. Наиболее вероятным патогенетическим механизмом возникновения климактерических приливов является:

- А) увеличение пульсирующего выброса гонадолиберина и повышение уровня ЛГ;
- Б) гиперплазия эндометрия;
- В) относительная гипоэстрогения;
- Г) изменение обмена катехоламинов;
- Д) нарушение процесса центральной терморегуляции.

09.50. Меноррагия – это:

- А) ациклические маточные кровотечения;
- Б) циклические маточные кровотечения;
- В) болезненные и обильные менструации;
- Г) пре – и постменструальные кровянистые выделения;
- Д) уменьшение продолжительности менструального цикла.

09.51. Метроррагия – это:

- А) изменение ритма менструаций;
- Б) увеличение кровопотери во время менструации;
- В) увеличение продолжительности менструации;
- Г) ациклические маточные кровотечения;
- Д) урежение менструаций.

09.52. Основным методом остановки дисфункционального маточного кровотечения в пременопаузальном периоде является:

- А) применение комбинированных эстроген – гестагенных препаратов;
- Б) введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- В) использование андрогенов;
- Г) применение 17 – оксипрогестерона капроната (17 – ОПК) в непрерывном режиме;
- Д) раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки и шейечного канала.

09.53. Наиболее характерными клиническими проявлениями постменопаузального остеопороза являются:

- А) уменьшение массы тела;
- Б) гипертонзия;
- В) боли в пояснично – крестцовом и грудном отделах позвоночника;
- Г) ожирение;

Д) депрессия.

09.54. Наиболее эффективным методом ранней диагностики постменопаузального остеопороза является:

- А) рентгенография пояснично – крестцового отдела позвоночника;
- Б) моно – и бифотонная абсорбциометрия;
- В) компьютерная томография;
- Г) ультразвуковая остеоденситометрия;
- Д) определение уровня кальция и паратиреоидного гормона в крови.

09.55. Наиболее эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза является:

- А) противовоспалительная терапия;
- Б) физиотерапия и ЛФК;
- В) витаминотерапия;
- Г) гормонотерапия;
- Д) назначение препаратов ингибиторов остеокласт – опосредованной костной резорбции.

09.56. Для лечения атрофического кольпита применяют:

- А) форматекс;
- Б) тержинан;
- В) овестин;
- Г) полижинакс;
- Д) солковагин.

09.57. Климактерический невроз развивается при:

- А) нормальном менструальном цикле;
- Б) нарушенном менструальном цикле;
- В) стрессовой ситуации;
- Г) менопаузе;
- Д) ожирении.

09.58. Для заместительной гормональной терапии в климактерическом периоде чаще используют:

- А) эстроген – гестагенные препараты;
- Б) даназол;
- В) конъюгированные эстрогены в сочетании с медроксипрогестерон ацетатом;
- Г) аналоги гонадотропин – рилизинггормона;
- Д) гестагены.

09.59. К агонистам гонадотропин – рилизинг – гормона относятся:

- А) неместран;
- Б) даназол;
- В) золадекс;
- Г) климен;
- Д) премарин.

09.60. Наиболее частой причиной кровянистых выделений из половых путей в постменопаузе является:

- А) рак шейки матки;
- Б) рак эндометрия;
- В) подслизистая миома матки;
- Г) рак яичников;

Д) эндометриальный полип.

09.61. Оптимальным сроком клиторотомии у больных с ложным женским гермафродитизмом является:

- А) при рождении;
- Б) пубертатный период;
- В) 1-й год жизни;
- Г) 2 – 4-й год жизни;
- Д) удаление клитора нецелесообразно.

09.62. Развитию изосексуальных вторичных половых признаков у больных с ложным женским гермафродитизмом (при надпочечниковой форме) способствует:

- А) адекватная глюкокортикоидная;
- Б) терапия эстрогенами;
- В) терапия андрогенами;
- Г) вторичные половые признаки развиваются спонтанно;
- Д) сочетанная терапия глюкокортикоидами и половыми стероидами.

09.63. Наиболее тяжелая клиническая картина гипогонадизма развивается при поражении гонад в период:

- А) препубертата;
- Б) пубертата;
- В) постпубертата;
- Г) внутриутробный;
- Д) любой.

09.64. Тяжелые поражения тестикул или яичников внутриутробно приводят к развитию;

1. тяжелого гипогонадизма. 2. сперматогенной дисфункции гонад. 3. бесплодию. 4. импотенции. 5. гипотиреоза.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.65. Поражение тестикул на ранних этапах эмбриогенеза может быть причиной:

1. гермафродитизма. 2. анорхизма. 3. тяжелого гипогонадизма. 4. гипоспадии. 5. преждевременного полового созревания.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.66. Для первичного гипогонадизма характерно:

1. снижение уровня половых гормонов. 2. бесплодие. 3. гинекомастия у мужчин. 4. повышение уровня гонадотропных гормонов. 5. евнухоидные пропорции тела.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.67. Причиной гипогонадизма у мужчин может быть:

1. избирательное выпадение секреции ЛГ. 2. избирательное выпадение секреции ФСГ. 3. опухоль гипофиза. 4. гемохроматоз. 5. избыточная продукция АКТГ.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.68. Характерными признаками синдрома Клайнфельтера являются:

1. евнухоидизм. 2. азооспермия. 3. высокие концентрации ЛГ и ФСГ. 4. анорхизм. 5. карликовость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.69. У больного с синдромом Клайнфельтера спермограмма характеризуется:

1. некроспермией. 2. нормальной спермограммой. 3. олигозооспермией. 4. азооспермией. 5. олигоастеноспермией.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

09.70. Для синдрома Клайнфельтера характерно:

1. развитие заболевания только у мужчин. 2. положительный половой хроматин. 3. гипогонадизм. 4. низкий коэффициент интеллектуального развития. 5. бесплодие.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

1.	02.08 – А	03.10 – А
СОЦИАЛЬНАЯ	02.09 – Б	03.11 – А
ГИГИЕНА	02.10 – А	03.12 – А
И	02.11 – А	03.13 – А
ОРГАНИЗАЦИЯ	02.12 – Д	03.14 – Б
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	02.13 – А	03.15 – А3, Б4, В2,
01.01 – Г	02.14 – Д	Г1
01.02 – А	02.15. – А	03.16 – А
01.03 – Г	02.16 – А	03.17 – Б
01.04 – Б	02.17 – Б	03.18 – Д
01.05 – Д	02.18 – А	03.19 – А
01.06 – Г	02.19 – А	03.20 – В
01.07 – В	02.20 – А	03.21 – 1А, 2Б
01.08 – Б	02.21 – Г	03.22 – Г
01.09 – Д	02.22 – А	03.23 – Г
01.10 – А	02.23 – В	03.24 – Б
01.11 – А	02.24 – В	03.25 – Д
01.12 – Б	02.25 – А	03.26 – Д
01.13 – Г	02.26 – Б	03.27 – В
01.14 – Г	02.27 – А	03.28 – А
01.15 – Г	02.28 – А	03.29 – А
01.16 – Г	02.29 – А	03.30 – Г
01.17 – Г	02.30 – А	03.31 – Г
01.18 – А		03.32 – А
01.19 – Г	3.	03.33 – Б
01.20 – Г	ЗАБОЛЕВАНИЯ	03.34 – Д
	ГИПОТАЛАМО-	03.35 – А
2.	ГИПОФИЗАРНОЙ	03.36 – Г
ЭНДОКРИНОЛО	СИСТЕМЫ	03.37 – Г
ГИЧЕСКИЕ АПЕКТЫ	03.01. – Б	03.3 – А
ПАТОЛОГИИ	03.02 – Д	03.39 – Б
КОСТНОЙ ТКАНИ	03.03 – Г	03.40 – А
02.01 – А	03.04 – Г	03.41 – А
02.02 – В	03.05 – А	03.42 – 1Б, 2В
02.03 – Б	03.06 – Б	03.43 – 1Г, 1Д, 2В,
02.04 – Д	03.07 – В	2Г
02.05 – В	03.08 – А	03.44 – Д
02.06 – В	03.09 – А	03.45 – Г
02.07 – А		

03.46 – Б	05.07 – Г	05.61 – А
03.47 – В	05.08 – А	05.62 – Д
03.48 – А	05.09 – Д	05.63 – Д
03.49 – В	05.10 – А	05.64 – А
03.50 –	05.11 – Д	05.65 – А
	05.12 – А	05.66 – А
4.	05.13 – Б	05.67 – А
ЗАБОЛЕВАНИЯ	05.14 – А	05.68 – Д
НАДПОЧЕЧНИКОВ	05.15 – Б	05.69 – Д
04.01 – Г	05.16 – В	05.70 – А
04.02 – Б	05.17 – А	05.71 – Г
04.03 – А	05.18 – А	05.72 – А
04.04 – А	05.19 – Б	05.73 – А
04.05 – Д	05.20 – Д	05.74 – А
04.06 – Б	05.21 – Б	05.75 – В
04.07 – А	05.22 – А	05.76 – А
04.08 – Г	05.23 – А	05.77 – Б
04.09 – А	05.24 – В	05.78 – А
04.10 – Г	05.25 – А	05.79 – А
04.11 – Г	05.26 – В	05.80 – А
04.12 – А	05.27 – А	05.81 – А
04.13 – В	05.28 – Д	05.82 – В
04.14 – Д	05.29 – А	05.83 – Б
04.15 – А	05.30 – А	05.84 – Г
04.16 – Б	05.31 – Г	05.85 – А
04.17 – Д	05.32 – В	05.86 – Д
04.18 – А	05.33 – Г	05.87 – Б
04.19 – А	05.34 – А	05.88 – А
04.20 – Б	05.35 – А	05.89 – Д
04.21 – Б	05.36 – Д	05.90 – А
04.22 – А	05.37 – Б	05.91 – Б
04.23 – Д	05.38 – Б	05.92 – А
04.24 – А	05.39 – А	05.93 – Б
04.25 – А3, Б1, В2,	05.40 – Б	05.94 – А
Д4, Г5	05.41 – В	05.95 – В
04.26 – А	05.42 – Б	05.96 – В
04.27 – А	05.43 – А	05.97 – Б
04.28 – А	05.44 – Г	05.98 – Г
04.29 – Д	05.45 – Г	05.99 – В
04.30 – А2, Б3, В1,	05.46 – А	05.100 – В
Г4	05.47 – В	05.101 – А
	05.48 – А	05.102 – Д
5.	05.49 – Д	05.103 – Б
ЗАБОЛЕВАНИЯ	05.50 – Д	05.104 – Б
ОСТРОВКОВОГО	05.51 – А	05.105 – Б
АППАРАТА	05.52 – Б	05.106 – А
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ	05.53 – В	05.107 – Д
ЖЕЛЕЗЫ.	05.54 – Д	05.108 – Б
05.01 – Г	05.55 – В	05.109 – А
05.02 – А	05.56 – В	05.110 – В
05.03 – Г	05.57 – В	05.111 – Г
05.04 – В	05.58 – А	05.112 – Б
05.05 – Г	05.59 – Б	05.113 – Б
05.06 – Г	05.60 – Д	05.114 – Г

05.115 – А	05.169 – Б	06.048 – Д
05.116 – Д	05.170 – В	06.049 – Г
05.117 – А		06.050 – Д
05.118 – Д	6.	06.051 – Д
05.119 – А	ЗАБОЛЕВАНИЯ	06.052 – Д
05.120 – Б	ЩИТОВИДНОЙ	06.053 – Д
05.121 – А	ЖЕЛЕЗЫ	06.054 – Д
05.122 – А	06.001 – А	06.055 – Д
05.123 – Д	06.002 – А	06.056 – А
05.124 – Д	06.003 – Б	06.057 – А
05.125 – Д	06.004 – Б	06.058 – Д
05.126 – Д	06.005 – Б	06.059 – Д
05.127 – Д	06.006 – А	06.060 – А
05.128 – Д	06.007 – Г	06.061 – Г
05.129 – Д	06.008 – А	06.062 – Б
05.130 – Д	06.009 – А	06.063 – Г
05.131 – Д	06.010 – А	06.064 – Б
05.132 – Д	06.011 – А	06.065 – Г
05.133 – Д	06.012 – Г	06.066 – Д
05.134 – Д	06.013 – А	06.067 – Б
05.135 – Д	06.014 – А	06.068 – Б
05.136 – Д	06.015 – А	06.069 – Г
05.137 – Д	06.001 – А	06.070 – Б
05.138 – Д	06.017 – Г	06.071 – Г
05.139 – Д	06.018 – А	06.072 – Д
05.140 – Д	06.019 – А	06.073 – Г
05.141 – Д	06.020 – А	06.074 – В
05.142 – Д	06.021 – В	06.075 – А
05.143 – Д	06.022 – Б	06.076 – Б
05.144 – Д	06.023 – Г	06.077 – Б
05.145 – Д	06.024 – А	06.078 – Б
05.146 – Д	06.025 – А	06.079 – А
05.147 – Д	06.026 – Г	06.080 – В
05.148 – Д	06.027 – Б	06.081 – Г
05.149 – Д	06.028 – В	06.082 – А
05.150 – Г	06.029 – В	06.083 – В
05.151 – В	06.030 – Г	06.084 – А
05.152 – Г	06.031 – Б	06.085 – А
05.153 – Г	06.032 – Б	06.086 – В
05.154 – А	06.033 – Б	06.087 – Д
05.155 – Д	06.034 – В	06.088 – Г
05.156 – Д	06.035 – А	06.089 – В
05.157 – Д	06.036 – А	06.090 – Б
05.158 – А	06.036 – Д	06.091 – Г
05.159 – А	06.038 – Д	06.092 – В
05.160 – А	06.039 – А	06.093 – Б
05.161 – Б	06.040 – Г	06.094 – Г
05.162 – В	06.041 – Д	06.095 – Д
05.163 – А	06.042 – Д	06.096 – Д
05.164 – А	06.043 – А	06.097 – Г
05.165 – В	06.044 – Д	06.098 – А
05.166 – Г	06.045 – Д	06.099 – А
05.167 – В	06.046 – Д	06.100 – А
05.168 – А	06.047 – Д	06.101 – Б

06.102 – В	06.150 – А	
06.103 – Г	06.151 – Д	09.01 – Б
06.104 – Б	06.152 – А	09.02 – А
06.105. – А	06.153 – А	09.03 – Б
06.106 – В	06.154 – Г	09.04 – А
06.107 – В	06.155 – Д	09.05 – Б
06.108 – А	06.156 – Г	09.06 – В
06.109 – А		09.07 – А
06.110 – Г	7.	09.08 – Д
06.111 – Б	ЗАБОЛЕВАНИЯ	09.09 – Д
06.112 – Г	ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ	09.10 – Д
06.113 – А	ЖЕЛЕЗ	09.11 – В
06.114 – 1Б, 2Б, 3А, 4А, 5Б, 6Б, 7А, 8А	07.01 – А	09.12 – Г
06.115- 1Б, 2А, 3Б, 4А, 5А, 6Б, 7А	07.02 – В	09.13 – Б
06.116 – 1А, 1Б, 1В, 2Б, 2В, 3А, 4А, 5Б, 6В	07.03 – А	09.14 – Д
06.117 – 1Б, 2Г, 2Д, 2А, 3В, 4А, 5Б, 5Г, 5Д	07.04 – Б	09.15 – А
	07.05 – А	09.16 – А
	07.06 – Д	09.17 – Д
	07.07 – Д	09.18 – А
	07.08 – А	09.19 – А
	07.09 – Д	09.20 – Д
	07.10 – А	09.21 – Д
06.118 – Д		09.22 – А
06.119 – А	8.	09.23 – А
06.120 – А	ОЖИРЕНИЕ	09.24 – А
06.121 – Г	08.01 – Б	09.25 – Г
06.122 – В	08.02 – В	09.26 – В
06.123 – Г	08.03 – Д	09.27 – Б
06.124 – Д	08.04 – Д	09.28 – А
06.125 – А	08.05 – В	09.29 – В
06.126 – А	08.06 – А	09.30 – В
06.127 – А	08.07 – А	09.31 – Г
06.128 – Б	08.08 – Д	09.32 – В
06.129 – Г	08.09 – В	09.33 – А
06.130 – А	08.10 – А	09.34 – Б
06.131 – В	08.11 – В	09.35 – А
06.132 – Б	08.12 – А	09.36 – А
06.133 – А	08.13 – А	09.37 – В
06.134 – А	08.14 – Б	09.38 – Б
06.135 – А	08.15 – Б	09.39 – Д
06.136 – Д	08.16 – А	09.40 – Г
06.137 – В	08.17 – В	09.41 – В
06.138 – А	08.18 – Д	09.42 – Д
06.139 – А	08.19 – А	09.43 – В
06.140 – А	08.20 – Д	09.44 – А
06.141 – Б	08.21 – А	09.45 – А
06.142 – А	08.22 – В	09.46 – Д
06.143 – В	08.23 – Б	09.47 – В
06.144 – Д		09.48 – Б
06.145 – А	9.	09.49 – А
06.146 – Б	ЭНДОКРИННЫЕ	09.50 – Б
06.147 – А	АСПЕКТЫ	09.51 – Г
06.148 – Б	ПАТОЛОГИИ	09.52 – Д
06.149 – В	ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ	09.53 – В

09.54 – Б	09.60 – Б	09.66 – Д
09.55 – Г	09.61 – Б	09.67 – А
09.56 – В	09.62 – А	09.68 – А
09.57 – Г	09.63 – Г	09.69 – Г
09.58 – В	09.64 – Г	09.70 – Д
09.59 – В	09.65 – А	

### Задачи (ОПК 1,2,3,4; ПК 1, 2, 3, 4):

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

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз
2. Чем обусловлена декомпенсация заболевания?
3. Чем обусловлено изменение рН крови?
3. Ваша тактика в первый час лечения больного

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

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

заболевания?

Больной 17 лет поступил в отделение интенсивной терапии в состоянии комы. Из опроса родственников установлено; что последние 7-10 дней жаловался на слабость, сонливость, жажду, похудел на 10 кг за месяц. При осмотре; бол в состоянии комы, дыхание - 32 в мин., шумное глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Тонус глазных я( снижен, тонус мышц снижен. Пульс 120 в мин., АД - 65/40 мм рт ст. При лабораторных исследованиях выявлена гипергликемия (26 ммоль/л), гипокалиемия (3,0 ммоль/л), рН - 6,9; ацетонурия.

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз
2. Определите тактику обследования больного
3. Чем обусловлено снижение тонуса мышц, глазных яблок, гипотония?

Определите необходимые лечебные мероприятия на 1-3 часах ведения больного.

Больная Н., 38 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на периодические подъемы артериального давления до 220/90 мм.рт.ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпала. Приступы возникали внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних полугодия 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет пациентке не предпринимались ни каких, оперативных и других вмешательств Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама больная связывает появление приступов с нервной обстановкой семье и на новой работе. В межприступный период никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. При общем и биохимическом анализе крови, включавшем' исследование уровня электролитов, все показатели в пределах нормы.

1. Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь?
2. Какие препараты предпочтительно использовать для купирования гипертонического криза, возникающего при этом заболевании?
3. Какие необходимо провести исследования, чтобы его исключить?
4. С какой патологией наиболее часто связана подобного рода симптоматика?
4. Какое диагностическое значение имеют анамнестические указания на недавно проводившиеся оперативные или другие (экстракция зуба, медицинский аборт) вмешательства?

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

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

Больная Б., 50 лет, считает себя больной в течение года, когда стали беспокоить приступы сердцебиения, тремор р] потливость. С марта 2001 отмечалась потеря веса, в общей сложности 15 кг за 3 месяца. Отмечает эпизоды субфебрилитета в вечернее время. В последние месяцы состояние стало заметно ухудшаться - нарастала слабость, появилась одышка. Отмечено однократное повышение АД до 170/110 ммв с развернутой клиникой гипертоническ криза, купировавшееся самостоятельно. Постоянного контроля уровня АД не проводилось. Поступила в клинику эндокринологии для обследования и лечения. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 36,8DC. Рост - 157 см, вес - 60 кг. Кожные по прочистые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 150/70 ММНг, ЧСС - 105 ударов в мин Щитовидная железа -11 степени увеличения (по ВОЗ, 1994), безболезненна при пальпации, подвижная при глоташ Симптом Мебиуса положительный, остальные глазные симптомы отрицательные. При гормональном исследовани ТТГ - 0,002 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 70,4 (N: 9,0 - '23,2) пмоль/л, св. Т3 -3,3 (0,6 -1,9) нг/мл. Определяется 10 кратное повышение уровня антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО). УЗИ щитовидной железы: щитовидная желе: расположена обычно. Контурь ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 2,8D1,8G6,1 см'Левая доля: 2,1 □ 1,81116,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы - 27 мл.

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь.
2. С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходится дифференцировать.
3. Какой из приведенных гормональных показателей (ТТГ, Т4, Т3) имеет наибольшее, а какой наименьшее диагностическое значение.
4. С назначения каких препаратов и в каких дозах следует начать лечение.

Больной 34 лет поступил в стационар с жалобами на боли в животе, резкую слабость, тошноту, рвоту. Известно, что 8 лет назад у больного диагностирован сахарный диабет, находится на постоянной интенсифицированной инсулинотерапии, нормокалорийной диете, владеет навыками самоконтроля, регулярно контролирует гликемию, пикированный гемоглобин, амбулаторно 1 раз в год проходит обследование в специализированном диабетологическом отделении. Последнее обследование - 3 недели назад, гликемия от 4,5-7,9 ммоль/л за сутки, гликированный гемоглобин 7,1% (N до 6,5%). Тест на определение микроальбуминурии положительный. на глазном дне единичные кровоизлияния, извитость сосудов. Периферическая чувствительность в пределах возрастной нормы. В течение последней недели появился сухой кашель, поднялась температура (37,9), снизился аппетит, появилась слабость. Суммарная суточная доза инсулина не менялась. Накануне днем начали беспокоить боли в области живота, к вечеру - частый жидкий стул, дважды рвота. Больной прекратил прием пищи, введение инсулина. К утру симптомы слабости продолжал нарастать, сохранялись выраженные боли в животе, участилась рвота. Больной госпитализирован в стационар. Объективно: кожа сухая, тургор значительно снижен. Температура тела - 38,30. АД = 67/40 мм рт ст, пульс = 125 в мин. Гликемия - 31 ммоль/л, лейкоцитоз, рН-7,3; в моче - глюкозурия, ацетонурия.

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Определите причину декомпенсации диабета
3. Чем обусловлена симптоматика «острого живота»?
4. Определите тактику терапии.

Пациентка Г., 43 лет, была направлена на консультацию эндокринолога из клиники общей терапии. Из анамнеза: \* полгода назад при диспансерном обследовании в поликлинике у пациентки было обнаружено повышение СОЭ до 35 мм/час. Каких-либо других изменений выявлено не было. С предварительным диагнозом: «Синдром повышенной СОЭ неясного генеза» пациентка направлена на обследование в клинику общей терапии. В результате обследования, которое подразумевало расширенный онкопоиск, каких-либо изменений выявлено не было. При КТ органов брюшной полости и

забрюшинного пространства было выявлено округлое образование в левом надпочечнике диаметром 1,8 см. Какие-либо другие изменения обнаружены не были. Спустя месяц СОЭ спонтанно нормализовалась. Пациентка никогда не страдала артериальной гипертензией и ожирением. Менструации регулярные, последняя беременность 6 лет назад.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие эндокринные заболевания необходимо исключить у пациентки?
3. Какие исследования позволят это сделать?
4. Какова будет Ваша тактика в случае, если проведенные исследования исключат гормональную активность образования надпочечника?
5. Будет ли зависеть Ваша тактика от размера образования, в случае отсутствия у него гормональной активности.

Пациентка Д., 60 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сухость во рту, полиурию, полидипсию, повышение цифр АД до 200/100 мм рт.ст., периодически - боли в сердце давящего характера в покое и при физической нагрузке с иррадиацией в левую руку, лопатку; головокружение, снижение массы тела на 8 кг за 6 мес. Из анамнеза: сахарным диабетом страдает в течение 12 лет., на протяжении 10 лет принимает манинил.15 мг в день. Амбулаторно наблюдалась у эндокринолога по месту жительства. Гликемию определяла 1 раз в 2 - 3 месяца. Последняя госпитализация в стационар - 5 лет назад. При обследовании выявлено: Нв - 88г%, Эр. - 3 млн., СОЭ - 46 мм/час, креатинин - 3,6 мг/дл (0,7-1,4), проба Реберга: фильтрация -48 мл/мин. (88-137), реабсорбция - 70% (98-99), азот мочевины - 28 мг/дл (10-20), гликемия натощак 10 ммоль/л.

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

Больная Р., 25 лет считает себя больной с августа 1999 года, когда стали беспокоить сердцебиение, раздражительность, отмечалась потеря массы тела на (13 кг за месяц), дрожь в руках. При гормональном исследовании был подтвержден тиреотоксикоз ТТГ - 0,08 МЕ/л, Т4 - 60,7 пмоль/л (11,5 - 23,2). При проведении УЗИ щитовидной железы объем -18 мл, узлов нет. На фоне терапии тиамазолом (по схеме «блокируй и замещай») в течение 1,5 лет поддерживался стойкий эутиреоз. Четыре месяца назад лечение было отменено, после чего возобновились сердцебиения, раздражительность. Поступила в клинику для обследования и лечения. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 158 см, вес - 57 кг, индекс массы тела = 24 кг/м<sup>2</sup>, кожные покровы чистые, сухие. Тоны сердца ясные, шумов нет, АД - 120/70 ММНг, ЧСС - 95 ударов в минуту. Щитовидная железа II степени увеличения, мягко-эластичная, подвижная, узловые образования не определяются, глазные симптомы - положительный Грефе. Уровень гормонов крови: ТТГ - 0,01 мЕд/л (N: 0,4 - 4,0), Т4 - 250,3 нмоль/л (N: 60 - 160). УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры неровные, волнистые, паренхима повышенной эхогенности, в правой доле слоистая и с зонами более низкой эхогенности. Правая доля: 23 x 23 x 58 мм, левая доля: 21 x 18 x 56 мм. Объем железы: 25,8 мл.

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

Больная Е., 75 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сонливость, зябкость, запоры, отечность ног, снижение слуха, осиплый голос, затруднение при глотании, сухость кожных покровов. В анамнезе: В 1997г. во время автокатастрофы перенесла черепно-мозговую травму средней тяжести, после чего отметила снижение

слуха, ухудшилось зрение, развился птоз правого века, периодически теряла сознание. Наблюдается в неврологическом отделении больницы МПС. В 1998г. появились и нарастали отеки голеней, кистей рук, затем периорбитальные отеки, изменился тембр голоса. Летом 1990г. прибавила в весе 7 кг. С этого времени стали беспокоить общая слабость, сонливость, шелушение кожи на ладонях. По органам: Рост -156 см, вес - 52 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 58 уд. в мин., АД - 100/60 мм.рт.ст Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Данные обследований: Общ. Анализ крови: Нв 114,2 г%, эритроц. - 3 490 000, лейкоц. - 5730, п/я -1, с/я -40, лимф. -51, моно- - 7, СОЭ - 23 мм/час. ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС - 56 уд. в мин. горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка. Биохим.анализ крови: В пределах нормы. Уровень гормонов крови: ТТГ -59,0 МЕ/мл (0,25-4,0), св.Т4-1,85 пмоль/л (9,0-23,2). УЗИ щитовидной железы: железа расположена в типичном месте, контуры ровные. Паренхима диффузнонеоднородная, сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 0,9 x 0,7 x 2,6 см, левая доля: 1,2 x 0,8 x 3,0 см. Объем железы - 2,2 мл.

1. Предварительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования?
3. Рекомендуемое лечение.

Больная Н., 57 лет, обратилась с жалобами на боли в мышцах туловища, верхних конечностей. Из анамнеза: СД выявлен 2 года назад в поликлинике по месту жительства. Была назначена терапия сиофором 500 мг x 2 раза в день (утром и н/ночь). Год назад амбулаторно была диагностирована анемия; 7 месяцев назад перенес острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. Сахароснижающая терапия не менялась.

1. Чем обусловлена боль в мышцах?
2. Определите тактику обследования и лечения.

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

3. Определите план обследования
4. Чем может быть обусловлена железодефицитная анемия?
5. Сформулируйте предварительный диагноз
6. Определите тактику лечения.

У пациента М., 41 года, ИМТ - 26 кг/м<sup>2</sup>, гликемия натощак 9,0 ммоль/л, постпрандиальная -12 ммоль/л, уровень базального С-пептида 1914 пмоль/л (N 298-1324). При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Больная С. 25 лет, предъявляет жалобы на головные боли, слабость, утомляемость,

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

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Определите дальнейшую тактику обследования и лечения.

Пациентка Д., 60 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сухость во рту, полиурию, полидипсию, повышение цифр АД до 200/100 мм рт.ст., головокружение, снижение массы тела на 8 кг за 6 мес. Из анамнеза: сахарным диабетом страдает в течение 12 лет., на протяжении 10 лет принимает манинил 15 мг в день. Неоднократно лечилась стационарно. Последняя госпитализация - месяц назад. При обследовании выявлено: Нв - 88г%, Эр. - 3 млн., СОЭ - 56 мм/час, креатинин - 3,6 мг/дл (0,7-1,4), проба Реберга: фильтрация - 48 мл/мин. (88-137), реабсорбция - 70% (98-99), азот мочевины - 28 мг/дл (10-20), гликемия натощак 8 ммоль/л.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Больная Б., 56 лет, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, сухость кожи, выпадение волос на голове, запоры, постепенную прибавку в весе. Из анамнеза: Отмечает постоянную прибавку в весе с наступлением менопаузы в 44 года (на 15 кг за 10 лет). За последние годы, помимо перечисленных жалоб, стала отмечать ухудшение памяти. К эндокринологу обратилась 4 мес. назад. После сбора анамнеза и осмотра, врач заподозрил заболевание щитовидной железы, назначил обследование: Уровень гормонов крови: св.Т4 - 7,79 пмоль / л (11,5 - 23,0), "ТТ - 27, 09 МЕ / л (0,17 - 4,05), АТ-ТПО - 350 (до 50). УЗИ: щитовидная железа обычно расположена. Правая доля: 2,8 x 3,2 x 6,5 см, левая доля: 2,0 x 7,5 x 5,7 см. Объем железы - 44 мл (9 - 18,0). Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях.

1. Сформулируйте диагноз
2. Определите тактику терапии.

Пациент А, 63 года, болеет сахарным диабетом в течение 18 лет. Из анамнеза: В дебюте заболевания имел избыточную массу тела, принимал букарбан, затем на протяжении последних 15 лет манинил 5 мг 3 т. в день. Наблюдался амбулаторно, неоднократно лечился стационарно (последняя госпитализация 2 года назад). В течение последних 5 месяцев отмечает усиление полиурии, полидипсии, сухости во рту, снижение массы тела на 7 кг. Цифры гликемии в пределах 15-18 ммоль/л, глюкозурия, ацетон в моче отриц.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику лечения.

Больной 40 лет предъявляет жалобы на головные боли, выраженную слабость, тошноту, рвоту, потемнение кожных покровов, потерю веса на 5 кг за последний год, ухудшение зрения, нарушение обоняния Из анамнеза: Три года назад по поводу тяжелого течения болезни Иценко - Кушинга выполнена двусторонняя адреналэктомия. С тех пор находился на заместительной терапии преднизолоном 10 мг в сутки, кортинеффом 0,1 мг. При объективном осмотре: общее состояние тяжелое. Рост 178 см, вес 60 кг. Отмечается выраженная гиперпигментация кох<sup>^</sup>i и слизистых. ЧСС - 96 в 1 мин, АД - 70\ 40 мм рт ст. В легких хрипов нет. Печень не увеличена. Живот при пальпации болезнен во всех

отделах.

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

У пациента М., 41 года, ИМТ - 26 кг/м<sup>2</sup>, гликемия натощак 9,0 ммоль/л, постпрандиальная -12 ммоль/л, уровень базального С-пептида 1914 пмоль/л (N 298-1324). При осмотре окулистом выявлены значительные очаги кровоизлияний, аневризмы, твердые экссудаты. Сосуды сетчатки извитые, пролиферации нет.

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Определите тактику лечения и введения больного

Модуль №1

Вопросы:

Диспансеризация больных с эндокринной патологией;

Проведение медико-социальной экспертизы;

Принципы организации эндокринной помощи эндокринным больным.

Тестовый контроль

К лицензированию медицинского учреждения относятся:

1. определение видов медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ.
2. выдача больничных документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования.
3. определение объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ.
4. определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам.
5. оценка степени квалификации медицинского персонала.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

Основными задачами поликлиники являются:

1. медицинская помощь больным на дому.
2. лечебно-диагностическое обслуживание населения.
3. организация работы по пропаганде здорового образа жизни.
4. экспертиза временной нетрудоспособности.
5. диспансерное наблюдение определенных групп больных.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

Основными обязанностями поликлинического эндокринолога и диабетолога при оказании лечебно-профилактической помощи населению являются:

1. оказание своевременной эндокринологической помощи.
2. проведение экспертизы временной нетрудоспособности.
3. диспансерное наблюдение больных.
4. транспортировка госпитализируемых больных.
5. профилактические осмотры населения.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

### 13. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

Модуль 1 «Фундаментальные дисциплины»:

Код	Наименование тем
<b>1.1</b>	<b>Раздел 1. Организация помощи эндокринным больным</b>
1.1.1	Организация помощи эндокринным больным в РФ
1.1.2	Современные подходы к профилактике эндокринных заболеваний
1.1.3	Эпидемиология эндокринных заболеваний
<b>1.2</b>	<b>Раздел 2. Клиническая анатомия и топография эндокринных органов</b>
1.2.1	Клиническая анатомия эндокринных органов
1.2.2	Топографическая анатомия эндокринных органов
<b>1.3</b>	<b>Раздел 3. Физиология эндокринных органов</b>
1.3.1	Физиология эндокринной системы

Модуль 2 «Специальные дисциплины»:

Код	Наименование тем
<b>2.1</b>	<b>Раздел 1. Диабетология</b>
2.1.1	Эпидемиология, профилактика сахарного диабета
2.1.2	Клинический разбор больных с СД-1
2.1.3	Методы диагностики нарушений углеводного обмена
2.1.4	Этиопатогенез, клиника СД-1. Лабораторная диагностика нарушений углеводного обмена.
2.1.5	Этиопатогенез СД-2. Роль метаболических нарушений в патогенезе СД-2
2.1.6	Эндокринология и патогенез сахарного диабета 1 типа
2.1.7	Клинический разбор больных с СД-2
2.1.8	Поздние осложнения СД. Общая характеристика
2.1.9	Поздние осложнения СД: д/нефропатия, д/нейропатия, классификация, клиника, лечение
2.1.10	Д/нефропатия: диагностика и лечение по стадиям
2.1.11	Синдром «диабетической стопы»: классификация, диагностика, лечение. Разбор больного с синдромом «диабетической стопы»
2.1.12	Острые осложнения СД: диабетические комы, этиопатогенез.
2.1.13	Клиника, диагностика и лечение, д/кетацидотической комы. Разбор клинических задач
2.1.14	Гиперосмолярная кома: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
2.1.15	Лактоацидотическая диабетическая кома, гипогликемическая кома, клиника, диагностика, лечение
2.1.16	Диетотерапия СД-1 и СД-2
2.1.17	Расчет каллорнажа.гликемический индекс, ХЕ
2.1.18	Лечение СД-2
2.1.19	Современные стандарты и рекомендации терапии у больных СД-2
2.1.20	Современные стандарты терапии СД-2
2.1.21	Виды инсулинов, методики инсулинотерапии. Осложнения инсулинотерапия
2.1.22	Лечение СД-1 и СД-2
2.1.23	СД у детей и подростков
2.1.24	СД и беременность
2.1.25	Методы самоконтроля СД
2.1.26	Профилактика СД-1 и СД-2
<b>2.2</b>	<b>Раздел 2. Тиреоидология</b>
2.2.1	Классификация заболеваний щитовидной железы

2.2.2	Методы лабораторной диагностики заболеваний щитовидной железы
2.2.3	Этиология, патогенез йододефицитных состояний
2.2.4	Эндемический зоб: диффузный, узловой, многоузловой. Лечение, профилактика
2.2.5	Токсическая аденома аденома щитовидной железы. Многоузловой токсический зоб. Показания к хирургическому лечению
2.2.6	УЗИ щитовидной железы в диагностике узловых образований щитовидной железы. ТАБ щитовидной железы.
2.2.7	Диффузный токсический зоб. Этиопатогенез, клиника, диагностика.
2.2.8	Синдром гипертиреоза: классификация, диф.диагностика различных форм гипертиреозав
2.2.9	Лечение ДТЗ
2.2.10	Аутоиммунная офтальмопатия. Патогенез. Клиника.
2.2.11	Лечение аутоиммунной офтальмопатии
2.2.12	Синдром гипотиреоза
2.2.13	Хронические тиреоидиты, Этиопатогенез, классификация, клиника
2.2.14	Лечение аутоиммунного тиреоидита
2.2.15	Лечение синдрома гипотиреоза. Гипотиреоз и беременность. Врожденный гипотиреоз
2.2.16	Острый и подострый тиреоидиты. Патогенез, клиника, лечение
2.2.17	С-г щитовидной железы. Частота, кулассификацияЮ, клиника, диагностика, лечение
2.2.18	Контроль после оперативного лечения С-г щитовидной железы.
<b>2.3</b>	<b>Раздел 3. Нейроэндокринология</b>
2.3.1	Нарушение секреции пролактина: пролактинома.
2.3.2	Гиперпролактинемия: диагностика, лечение
2.3.3	Аденомы гипофиза: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2.3.4	Синдром пустого турецкого седла: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
<b>2.4</b>	<b>Раздел 4. Болезни надпочечников</b>
2.4.1	Опухоли коры надпочечников. Синдром гиперкортицизма.
2.4.2	Методы лабораторных и инструментальных исследований заболеваний коры надпочечников
2.4.3	Инцидентолома. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Синдром гипокортицизма
2.4.4	Гиперальдостеронизм: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
2.4.5	ВДКН: этиопатогенез, клиника
<b>2.5</b>	<b>Раздел 5. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена</b>
2.5.1	Физиология фосфорно-кальциевого обмена
2.5.2	Гиперпаратиреоз. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
2.5.3	Гипопаратирез. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Модуль 3 «Симуляционный курс»

Код	Наименование тем
3.1	Раздел 1. Неотложная помощь при ургентных состояниях в эндокринологии
3.2	Раздел 2. Аппаратные методы диагностики и лечения эндокринных заболеваний

## **14. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

### **14.1. Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
3. Приказ Министерства образования и науки РФ от 1 июля 2013 г. N 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам".
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. N 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях".
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлениям подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (с изменениями и дополнениями от 15 июня 2017 г.".
  6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере Здравоохранения".
  7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы».
  8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 г. № 614-р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года».
  9. Приказ Минздрава Российской Федерации № 700н от 07.10.2015 "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование".
  10. О государственной аккредитации образовательных учреждений и организаций (Приказ Минобрнауки РФ от 25.07.2012г. № 941).

#### **+ ГОС, нормативные документы по эндокринологии специальности**

Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1096 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.53 Эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.10.2014 N 34467)

#### **+ порядки и стандарты оказания медицинской помощи по эндокринологии специальности**

##### *Стандарты первичной медико-санитарной помощи*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 692н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при нетоксическом зобе" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.01.2013 N 26593)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 735н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичном гипотиреозе" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.01.2013 N 26567)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 874н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при подостром тиреоидите" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.03.2013 N 27688)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 872н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при тиреотоксикозе" (Зарегистрировано в Минюсте России 06.03.2013 N 27537)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 751н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 N 27548)*

*Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1581н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2013 N 27719)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 760н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при дисфункции яичников" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.01.2013 N 26708)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 780н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при гипогонадизме" (Зарегистрировано в Минюсте России 22.01.2013 N 26656)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 752н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при ожирении" (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2013 N 26724)*

*Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1206н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кистозном фиброзе" (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27467)*

*Стандарты специализированной медицинской помощи*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 859н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при первичном гипотиреозе" (Зарегистрировано в Минюсте России 06.02.2013 N 26843)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 754н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тиреотоксикозе" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.02.2013 N 27174)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 854н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при подостром тиреоидите" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2013 N 27230)*

*Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1552н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулинзависимом сахарном диабете" (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27478)*

*Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1434н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы (без критической ишемии)" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.03.2013 N 27882)*

*Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1620н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы (критическая ишемия)" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 N 27560)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 858н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.02.2013 N 27296)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 755н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гипопаратиреозе" (Зарегистрировано в Минюсте России 23.01.2013 N 26686)*

*Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1558н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме неадекватной секреции антидиуретического гормона" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.03.2013 N 27880)*

*Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 748н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи женщинам при гипогонадизме" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.01.2013 N 26623)*

Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1402н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при несахарном диабете" (Зарегистрировано в Минюсте России 13.03.2013 N 27638)

Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 658н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при врожденных аденогенитальных нарушениях, связанных с дефицитом ферментов" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.01.2013 N 26620)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 845н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи мужчинам при гипогонадизме" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.04.2013 N 28059)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 850н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при ожирении" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2013 N 27116)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 739н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нарушениях обмена тирозина (наследственной тирозинемии 1а и 1б типов)" (Зарегистрировано в Минюсте России 13.03.2013 N 27643)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 793н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при впервые выявленной острой порфирии, первый приступ, протекающий с симптомами клиники дыхательной недостаточности" (Зарегистрировано в Минюсте России 26.02.2013 N 27322)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 794н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при острой порфирии, впервые выявленной (первый приступ, протекающий без осложнений)" (Зарегистрировано в Минюсте России 13.03.2013 N 27662)

Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1461н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при впервые выявленной острой порфирии (первый приступ с осложненным течением)" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 N 27554)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 821н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при подостром течении острой порфирии, осложнившейся формированием хронической почечной недостаточности" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.02.2013 N 27242)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 820н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при впервые выявленной острой порфирии (первый приступ, протекающий на фоне беременности)" (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27457)

Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1605н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при кистозном фиброзе (муковисцидозе)" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.05.2013 N 28410)

Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 861н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при донорстве аутологичного костного мозга" (Зарегистрировано в Минюсте России 31.01.2013 N 26766)

Стандарты скорой медицинской помощи

Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1428н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при гипергликемической коме" (Зарегистрировано в Минюсте России 06.02.2013 N 26859)

Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1280н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при гипогликемии" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2013 N 27709)

## 14.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

## 14.2.1. Учебно-наглядные пособия

№	Наименование	Количество
	<b>Таблицы</b>	
	1. Характеристика сахарного диабета 1 и 2 типов;	1
	2. Лабораторная диагностика сахарного диабета;	1
	3. Критерии диагностики сахарного диабета и нарушенной толерантности к глюкозе;	1
	4. Степени тяжести сахарного диабета 2 типа	1
	5. Надпочечниковая недостаточность;	1
	7. Классификация зоба.	

## 14.2.2. Перечень учебных, учебно-методических материалов, изданных сотрудниками кафедры (за последние 5 лет)

№	Наименование методических пособий и др. учебно-методических материалов	Составители, издательство, год издания	Обеспеченность	
			Количество на кафедре	Электронное издание
1		2	3	4
1	Диагностика заболеваний репродуктивной сферы в мужском и женском организме	Камалов К.Г., Солтаханов Э.М.-Р., 2015.		
2	Эндокринология (схема истории болезни)	Абусуев С.А., Шихсаидов И.И., 2016.		
3	Эндокринология (история болезни ребенка)	Солтаханов Э.М.-Р., Камалов К.Г., Шихсаидов И.И., Арсланбекова А.Ч., 2019		

### 14.3. Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

#### 14.3.1. Программное обеспечение

№	Наименование	Составители, год издания
<b>1</b>		<b>2</b>
	<i>Видеолекции по модулю диабетологии и тиреологидологии</i>	<i>Камалов К.Г., 2018 г.</i>

#### 14.3.2. Интерактивные средства обучения

№	Наименование технических средств обучения	Составители, год издания	Обеспеченность	
			Количество на кафедре	Электронное издание
<b>1</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<i>Видеопрезентации по диабетологии и тиреологидологии</i>	<i>Камалов К.Г., 2018 г.</i>	<i>1</i>	<i>1</i>

### 14.3.3. Интернет-ресурсы

Библиотека БГМУ	<a href="http://bgmy.ru/biblioteka_bgmu/">http://bgmy.ru/biblioteka_bgmu/</a>
<b>Полнотекстовые базы данных</b>	
Издательство Sage	<a href="http://online.sagepub.com/">http://online.sagepub.com/</a>
Издательство Cambridge	<a href="http://www.journals.cambridge.org/archives">http://www.journals.cambridge.org/archives</a>
Annual Reviews Sciences Collection	<a href="http://arjournals.annualreviews.org/action/showJournals">http://arjournals.annualreviews.org/action/showJournals</a>
Патентная база данных компании Questel	<a href="http://www.orbit.com">http://www.orbit.com</a>
US National Library of Medicine National Institutes of Health	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a>
<b>Периодические издания</b>	
Проблемы эндокринологии	<a href="http://www.mediasphera.ru">http://www.mediasphera.ru</a>
Журнал «Сахарный диабет»	<a href="https://endojournals.ru/index.php/dia">https://endojournals.ru/index.php/dia</a>
Журнал «Эндокринология»	<a href="http://endocrine-nmo.geotar.ru">http://endocrine-nmo.geotar.ru</a>

### 14.4. Материально-техническое обеспечение

№	Наименование технических средств обучения	Количество на кафедре
	<b>1</b>	<b>2</b>
	Оверхед – проектор Gcha ОНР-1; проектор Toshiba TLP –ХС3000; ноутбук ASUS Eee PC 100SHA. проектор Epson EB-825v; Принтер лазерный HPLJ-1012;	1 1 1 1 1

1  
4.5.  
Ма  
тер  
иал  
ьно  
-  
тех  
ни

ческие базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки

#### 14.5.1. Перечень тематических учебных комнат и лабораторий

№ п/п	Название лаборатории	Место расположения	Площадь	Кол-во посадочных мест
	Лабораторная комната	РКБ отделение диабетологии	18 м <sup>2</sup>	10

#### 14.5.2. Учебные помещения

##### 14.5.2.1. Учебные кабинеты

№ п/п	Перечень помещений	Количество	Площадь в кв. м.
1.	Учебная комната №1	1	15 м <sup>2</sup>
2.	Учебная комната №2	1	15 м <sup>2</sup>
3.	Учебная комната №3	1	15 м <sup>2</sup>
4.	Учебная комната №4	1	15 м <sup>2</sup>
5.	Учебная комната №5	1	15 м <sup>2</sup>

Общая площадь помещений для преподавания составляет 80 кв. м. На одного слушателя (при максимальной одновременной нагрузке в 30 человек) составляет 2,7 кв. м.

##### 14.5.2.2. Клинические помещения

№ п/п	Перечень помещений	Количе ство	Количество коек	Площадь в кв. м.
1.	Отд. эндокринологии РКБ	15	50	225

Общая площадь для преподавания, включая помещения клинической базы составляет 305 кв.м. На одного курсанта (при максимальной одновременной нагрузке) составляет 10 кв. м.

## 15. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ В ФОРМЕ СТАЖИРОВКИ

1. Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология» может реализовываться частично (для *ПП*) (или полностью) в форме стажировки.

2. Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программы повышения квалификации, и приобретение практических навыков и умений для их эффективного использования при выполнении своих должностных обязанностей врача.

3. Стажировка носит групповой характер.

4. Сроки стажировки определяются организацией, самостоятельно исходя из целей обучения. Продолжительность стажировки согласовывается с руководителем организации, где она проводится.

5. Содержание стажировки определяется организацией с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, содержания дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология».

6. Содержание реализуемой дополнительной профессиональной программы и (или) отдельных ее компонентов (дисциплин (модулей), практик, стажировок) должно быть направлено на достижение целей программы, планируемых результатов ее освоения.

7. Освоение дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Эндокринология» в форме стажировки завершается итоговой аттестацией обучающихся, порядок которой определяется организацией самостоятельно.

8. По результатам прохождения стажировки обучающемуся выдается документ о квалификации в зависимости от реализуемой дополнительной профессиональной программы.

## 16.ПРИЛОЖЕНИЯ

### 16.1. Кадровое обеспечение образовательного процесса

№ п/п	Наименование модулей (дисциплин, модулей, разделов, тем)	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Основное место работы, должность	Место работы и должность по совместительству
	Диабетология	Камалов К.Г.	к.м.н., доцент	Зав.кафедрой эндокринологии ДГМУ	-
	Тиреоидология	Камалов К.Г.	к.м.н., доцент	Зав.кафедрой эндокринологии ДГМУ	-
	Нейроэндокринология	Камалов К.Г.	к.м.н., доцент	Зав.кафедрой эндокринологии ДГМУ	
	Болезни надпочечников	Камалов К.Г.	к.м.н., доцент	Зав.кафедрой эндокринологии ДГМУ	
	Нарушение фосфорно-кальциевого обмена	Камалов К.Г.	к.м.н., доцент	Зав.кафедрой эндокринологии ДГМУ	

### 16.2. Основные сведения о программе

Сведения о программе предназначены для размещения материалов на сайте ИПО БГМУ и в других информационных источниках с целью информирования потенциальных обучающихся и продвижения программы на рынке образовательных услуг.

№	Обозначенные поля	Поля для заполнения
1.	Наименование программы	Эндокринология
2.	Объем программы (в т.ч. аудиторных часов)	144
3.	Варианты обучения (ауд. часов в день, дней в неделю, продолжительность обучения - дней, недель, месяцев)	5 раз в неделю, 6 часов в день
4.	с отрывом от работы (очная)	очная
5.	с частичным отрывом от работы	
6.	Вид выдаваемого документа после завершения обучения	удостоверение
7.	Требования к уровню и профилю предшествующего профессионального образования обучающихся	эндокринология
8.	Категории обучающихся	Врачи-эндокринология
9.	Структурное подразделение университета, реализующее программу	Кафедра эндокринологии
10.	Контакты	endocrinDGMU05@gmail.com
11.	Предполагаемый период начала обучения	Начало октября, начало марта

12.	Основной преподавательский состав	доцент
13.	Аннотация	необходимость постоянного совершенствования профессиональных компетенций врачей-эндокринологов по вопросам диспансеризации, маршрутизации эндокринных больных, ведение больных сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы с учетом эндемичности региона. Востребованностью в современных технологиях обследования и лечения эндокринных больных.
-	Цель и задачи программы	совершенствование и получение новых компетенций, необходимых для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.
-	Модули (темы) учебного плана программы	Диабетология, тиреоидология, нейроэндокринология, болезни надпочечников, нарушение фосфорно-кальциевого обмена
-	Уникальность программы, ее отличительные особенности, преимущества	Акцент на тиреоидологические проблемы, учитывая эндемичность по йододефицитным заболеваниям Республики Дагестан
14.	Дополнительные сведения	