

НАДПОЧЕЧНИКИ

1. В коре надпочечников вырабатываются все гормоны, кроме:

- 1) кортизол
- 2) прогестерон
- 3) адреналин
- 4) альдостерон

2. С отсутствием или значительным снижением какого гормона коры надпочечников связано возникновение пигментации кожи?

- 1) кортизол
- 2) тестостерон
- 3) адреналин
- 4) альдостерон

3. Развитие ахлоргидрии и анорексии связано с отсутствием или снижением:

- 1) кортизола
- 2) тестостерона
- 3) адреналина
- 4) альдостерона

4. Вторичная недостаточность надпочечников обусловлена:

- 1) аутоиммунные процессы в надпочечниках
- 2) деструкция надпочечников туберкулезным процессом
- 3) ятрогенные воздействия (двусторонняя адреналэктомия, длительная стероидная терапия)
- 4) патология гипофиза
- 5) деструкция надпочечников при амилоидозе, сифилисе, метастатических злокачественных новообразованиях

5. Причинами первичной недостаточности надпочечников является все, кроме:

- 1) аутоиммунные процессы в надпочечниках
- 2) надпочечников туберкулезным процессом
- 3) ятрогенные воздействия (двусторонняя адреналэктомия, длительная стероидная терапия)
- 4) патология гипофиза
- 5) деструкция надпочечников при амилоидозе, сифилисе, метастатических злокачественных новообразованиях

6. Как реагируют здоровые надпочечники на тест с АКТГ?

- 1) повышение экскреции с мочой 17-КС и 17-ОКС и повышение уровня кортизола в сыворотке
- 2) отсутствие ответа в виде повышения экскреции кортизола с мочой и повышения уровня кортизола в сыворотке

7. Какие результаты теста с АКТГ характерны для первичной надпочечниковой недостаточности?

- 1) повышение экскреции с мочой 17-КС и 17-ОКС и повышение уровня кортизола в сыворотке
- 2) отсутствие ответа в виде повышения экскреции кортизола с мочой и повышения уровня кортизола в сыворотке

8. Какой симптом определяется у больных с первичной недостаточностью коры надпочечников и отсутствует у больных с вторичной недостаточностью коры надпочечников?

- 1) снижение массы тела
- 2) гиперпигментация кожи и слизистых
- 3) снижение АД
- 4) выраженная слабость

9. Какой инструментальный метод исследования надпочечников является наиболее информативным?

- 1) рентгенологический
- 2) компьютерная томография
- 3) радиоизотопное сканирование

10. К типичным жалобам больных с хронической надпочечниковой недостаточностью относится все, кроме:

- 1) общая слабость
- 2) потеря аппетита
- 3) похудание
- 4) повышение аппетита
- 5) тяга к соленому
- 6) боли в животе

11. При острой надпочечниковой недостаточности больным необходимо вводить прежде всего:

- 1) раствор хлорида натрия
- 2) витамины группы В
- 3) гидрокортизон
- 4) норадреналин
- 5) аскорбиновую кислоту

12. Анаболические препараты являются производными:

- 1) глюкокортикостероидов
- 2) эстрогенов
- 3) минералокортикостероидов
- 4) андрогенов
- 5) прогестинов

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

- 1) первичная деструкция β -клеток поджелудочной железы
- 2) нарушение чувствительности тканей к инсулину
- 3) ожирение
- 4) усиление глюконеогенеза
- 5) инактивация инсулина

14. Адаптация организма к внешним воздействиям по Селье зависит от адекватной коррекции:

- 1) кортизола
- 2) АКТГ
- 3) адреналина
- 4) пролактина
- 5) альдостерона

15. При длительном введении преднизолона гипергликемия начинает развиваться в результате:

- 1) деструкции β -клеток поджелудочной железы
- 2) усиления глюконеогенеза
- 3) торможения секреции инсулина
- 4) снижения утилизации глюкозы тканями

16. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система реагирует по системе "обратной связи":

- 1) на альдостерон
- 2) на кортизол
- 3) на АКТГ
- 4) на дегидроэпиандростерон
- 5) на прогестерон

17. Какой симптом является наиболее характерным при болях в животе у больных с острой надпочечниковой недостаточностью?

- 1) метеоризм
- 2) рвота
- 3) понос
- 4) тахикардия
- 5) падение артериального давления

18. Первичное развитие остеопороза у больных с болезнью Иценко-Кушинга связано в основном:

- 1) с нарушением белковой матрицы кости
- 2) с нарушением функции паращитовидных желез
- 3) с нарушением секреции минералокортикоидов
- 4) с повышением экскреции кальция с мочой
- 5) с нарушением всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте

19. При болезни Аддисона поражается:

- 1) пучковый слой коры надпочечников
- 2) клубочковый слой коры надпочечников
- 3) сетчатый слой коры надпочечников
- 4) все слои коры надпочечников
- 5) все слои коры надпочечников и мозговой слой

20. Больная в течение 3 месяцев получала дексаметазон по поводу системной красной волчанки в дозе 2,5 мг/сут. Какова продукция кортизола надпочечниками?

- 1) повышена
- 2) снижена
- 3) не изменена
- 4) нарушение можно обнаружить только при проведении пробы с синактеном
- 5) снижен период полураспада

21. Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников вызывается:

- 1) повышенной секрецией АКТГ
- 2) повышенной секрецией кортиколиберина
- 3) пониженной секрецией АКТГ
- 4) повышенной секрецией ТТГ
- 5) повышенной секрецией соматостатина

- 22. Биологическое действие глюкокортикоидов может быть все, кроме:**
- 1) противовоспалительное действие
 - 2) катаболическое действие
 - 3) увеличение утилизации глюкозы периферическими тканями
 - 4) активация глюконеогенеза в печени
- 23. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны все, кроме:**
- 1) лихорадка
 - 2) боли в животе
 - 3) тошнота
 - 4) артериальная гипертензия
- 24. Для Аддисонического криза характерны:**
- 1) неукротимая рвота, падение АД
 - 2) протрация
 - 3) ацетонурия
- 25. Пигментация кожи при болезни Аддисона требует проведения дифференциального диагноза со следующими состояниями:**
- 1) диффузный токсический зоб
 - 2) гемохроматоз
 - 3) пеллагра
 - 4) склеродермия
 - 5) все ответы правильные
- 26. Синдром Кушинга обусловлен избыточной секрецией:**
- 1) АКТГ
 - 2) кортизола
 - 3) катехоламинов
 - 4) андрогенов
 - 5) альдостерона
- 27. Болезнь Кушинга обусловлена избыточной секрецией:**
- 1) АКТГ
 - 2) кортизола
 - 3) катехоламинов
 - 4) андрогенов
 - 5) альдостерона
- 28. Участие центрального механизма в развитии болезни Иценко-Кушинга заключается в:**
- 1) нарушении ритма секреции АКТГ и кортизола
 - 2) повышении пролактина
 - 3) снижении СТГ
 - 4) снижении ТТГ
 - 5) снижении гонадотропинов
- 29. Клиническими симптомами гиперкортицизма могут быть все, кроме:**
- 1) диспластическое ожирение
 - 2) артериальная гипертензия
 - 3) багрово-синюшные стрии
 - 4) гипогликемические состояния

- 5) нарушения менструального цикла
- 6) вирилизация
- 7) гипотрофия мышц

30. Для болезни Иценко-Кушинга характерно все, кроме:

- 1) тонкая, сухая кожа
- 2) избыточное отложение жира в области шеи, туловища, живота, лица в виде "полнолуния"
- 3) наличие "климактерического горбика"
- 4) повышенная влажность кожных покровов

31. Артериальная гипертензия при болезни Иценко-Кушинга обусловлена:

- 1) нарушением центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса, задержкой воды и натрия
- 2) повышением функции коры надпочечников
- 3) снижением выделения ренина
- 4) стенозом почечной артерии
- 5) поражением почечных канальцев

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

- 1) лимфоцитопения, эозинофилопения, гранулоцитопения
- 2) снижение гемоглобина и лимфоцитоз
- 3) полицитемия
- 4) эозинофилия и гранулоцитопения

33. Для болезни Иценко-Кушинга наиболее характерно:

- 1) гипоркалиемия
- 2) гипорнатриемия
- 3) гиперкальциурия

34. 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

35. При тяжелой форме болезни Иценко-Кушинга отмечается:

- 1) равномерное распределение подкожного жирового слоя
- 2) патологические переломы костей
- 3) транзиторная артериальная гипертензия
- 4) усиление дифференцировки и роста скелета
- 5) сохраненный менструальный цикл

36. Нарушения углеводного обмена при синдроме гиперкортицизма обусловлены всем, кроме:

- 1) инсулинорезистентность
- 2) гиперинсулинемия
- 3) гиперглюкагонемия
- 4) гликогенолиз
- 5) глюконеогенез

37. Отрицательный результат большой пробы с дексаметазоном позволяет исключить:

- 1) болезнь Иценко-Кушинга
- 2) аденоматоз коры надпочечников
- 3) глюкостерому
- 4) эктопический АКТГ-синдром
- 5) кортикостерому

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

- 1) 1-2 месяца
- 2) 3-4 месяца
- 3) 5-6 месяцев
- 4) 7-8 месяцев
- 5) более чем через 1 год

39. Терапевтический эффект хлоритана заключается в:

- 1) деструкции коры надпочечников
- 2) в подавлении секреции кортиколиберина
- 3) в подавлении секреции АКТГ
- 4) в подавлении фермента 11- β -гидроксилазы
- 5) в подавлении фермента 17- α -гидроксилазы

40. Назовите клинический симптом гиперкортицизма, не характерный для ранней стадии синдрома Иценко-Кушинга:

- 1) диспластическое ожирение
- 2) багрово-синюшные стрии
- 3) вирилизация
- 4) патологические переломы в связи с диффузным остеопорозом
- 5) артериальная гипертензия

41. С помощью какой пробы проводят дифференциальный диагноз болезни и синдрома Кушинга?

- 1) короткая проба с дексаметазоном
- 2) длинная проба с дексаметазоном
- 3) уровень 17-ГКС в суточной моче, уровень АКТГ в сыворотке крови
- 4) уровень кортизола в суточной моче
- 5) суточный ритм секреции кортизола

42. При экзогенном (ятрогенном) синдроме Кушинга уровни кортизола в крови будут:

- 1) повышены
- 2) понижены
- 3) не изменены

43. Какие опухоли могут быть причиной эктопического АКТГ-зависимого синдрома Кушинга?

- 1) опухоль печени
- 2) овсяноклеточный рак легкого, медуллярный рак щитовидной железы
- 3) опухоль яичек
- 4) фолликулярный рак щитовидной железы
- 5) опухоль паращитовидных желез

44. Назовите клинический признак, не характерный для эктопического АКТГ-зависимого варианта синдрома Кушинга:

- 1) медленное прогрессирование
- 2) увеличение печени
- 3) асцит
- 4) нарушения психики
- 5) недостаточность кровообращения

45. Какие клинические симптомы гиперкортицизма не характерны для гипоталамического синдрома пубертатного периода?

- 1) гипергликемия
- 2) стрии на коже
- 3) артериальная гипертензия
- 4) остеопороз

46. Какой метод терапии предпочтителен в случае гиперкортицизма центрального генеза?

- 1) медикаментозная терапия, направленная на угнетение секреции кортикотропина и кортиколиберина
- 2) хирургическая коррекция гиперплазии надпочечников
- 3) лучевая терапия
- 4) селективная аденомэктомия трансфеноидальным методом
- 5) медикаментозная терапия, направленная на угнетение биосинтеза

47. Для эктопического АКТГ-синдрома характерно:

- 1) положительная большая проба с дексаметазоном, очень высокий уровень АКТГ
- 2) повышение экскреции 17-ОКС (проба с метопироном)
- 3) равномерное ожирение
- 4) гиперкалиемия

48. Типичными проявлениями повышенной продукции глюкокортикоидов являются:

- 1) похудание
- 2) стрии на коже
- 3) артериальная гипотония
- 4) повышенная влажность кожных покровов
- 5) снижение глюкозы в крови

49. Синдром Нельсона проявляется:

- 1) низким уровнем АКТГ в крови
- 2) повышенной влажностью кожных покровов
- 3) туберкулезом надпочечников
- 4) высоким уровнем кортизола в крови
- 5) хронической надпочечниковой недостаточностью

50. Назовите наиболее частую причину хронической надпочечниковой недостаточности (ХНН):

- 1) двусторонняя адреналэктомия
- 2) аутоиммунное поражение коры надпочечников
- 3) опухоль гипофиза
- 4) опухоль надпочечников
- 5) отмена экзогенных глюкокортикоидов (ГК)

51. Пигментация кожи у больных Аддисоновой болезнью 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) слизистые оболочки (губы, десны, язык и др.)
- 5) все ответы правильные

52. Проявлениями болезни Аддисона являются все, кроме:

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

53. При средней и тяжелой надпочечниковой недостаточности назначают:

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

54. Симптомами ХНН являются все нижеперечисленные, кроме:

- 1) слабость
- 2) потеря веса
- 3) артериальная гипотония
- 4) гипергликемия
- 5) гиперпигментация кожи

55. Назовите наиболее специфические симптомы, характерные для ХНН:

- 1) мышечная слабость
- 2) потребность в соленой пище и пигментация кожи и слизистых
- 3) артериальная гипотензия
- 4) склонность к гипогликемическим состояниям

56. Для дефицита глюкокортикоидов не характерен следующий клинический симптом:

- 1) артериальная гипотензия
- 2) склонность к гипогликемическим состояниям
- 3) мышечная слабость
- 4) потеря веса
- 5) диспептические расстройства

57. Для дефицита минералокортикоидов наиболее характерны следующие клинические симптомы:

- 1) артериальная гипотензия и потребность в соленой пище
- 2) склонность к гипогликемическим состояниям
- 3) мышечная слабость
- 4) увеличение веса

58. Назовите основные лабораторные диагностические критерии ХНН:

- 1) высокий уровень калия в сыворотке крови
- 2) низкий уровень кортизола в сыворотке крови

- 3) высокий уровень натрия в сыворотке крови
- 4) высокий уровень кортикотропина в сыворотке крови

59. Назовите основной лабораторный показатель, позволяющий отличить первичную ХНН от вторичной:

- 1) уровень кортизола в сыворотке крови
- 2) уровень кортизола в суточной моче
- 3) уровень АКТГ в сыворотке крови
- 4) уровень альдостерона в сыворотке крови
- 5) уровень 11-дезоксикортизола в сыворотке крови

60. Назовите наиболее физиологичный ритм приема ГК при заместительной терапии:

- 1) рано утром и вечером
- 2) рано утром и днем
- 3) вся доза утром после завтрака
- 4) вся доза в 24 часа
- 5) днем и вечером

61. Каковы основные критерии подбора дозы ГК при ХНН?

- 1) прибавка веса
- 2) нормализация артериального давления
- 3) исчезновение гиперпигментации кожи

62. Назовите основной критерий клинической компенсации ХНН:

- 1) стабилизация массы тела
- 2) нормализация артериального давления
- 3) восстановление мышечной силы
- 4) устранение пигментации кожи и слизистых

63. Основным критерий подбора дозы минералокортикоидов (МК) при ХНН:

- 1) уровень артериального давления
- 2) уровень натрия в сыворотке крови
- 3) уровень калия сыворотки крови

64. Каковы ваши действия в случае сопутствующих заболеваний или стресса при ХНН?

- 1) увеличить дозу ГК и МК
- 2) увеличить дозу ГК
- 3) увеличить дозу МК
- 4) увеличить дозу ГК и уменьшить дозу МК
- 5) уменьшить дозу ГК и увеличить дозу МК

65. При вторичной надпочечниковой недостаточности имеют место следующие клинические симптомы, кроме:

- 1) гипотония
- 2) гипогликемия
- 3) повышенное потребление соли
- 4) потеря веса
- 5) гиперпигментация кожи
- 6) уменьшение подмышечного и лобкового оволосения

66. Развитие ахлоргидрии и анорексии связано с отсутствием или снижением:

- 1) кортизола
- 2) тестостерона
- 3) адреналина
- 4) альдостерона

67. Фактором, провоцирующим развитие острой надпочечниковой недостаточности (ОНН), не может быть:

- 1) тяжелые инфекции у больного с ХНН
- 2) стресс у больного с ХНН
- 3) стресс у здорового человека
- 4) травма
- 5) хирургическое вмешательство
- 6) двустороннее кровоизлияние в надпочечники у человека, не имеющего ХНН

68. Для клинической картины при ОНН характерны все следующие признаки, кроме:

- 1) гипотермия
- 2) тошнота, рвота
- 3) падение артериального давления
- 4) отеки

69. При ОНН необходимо вводить глюкокортикоиды:

- 1) срочно внутрь
- 2) внутривенно струйно или капельно
- 3) преимущественно внутримышечно
- 4) можно внутримышечно

70. Назовите регуляторы секреции альдостерона:

- 1) КТГ
- 2) калий
- 3) кортизол
- 4) вазопрессин
- 5) ренин-ангиотензиновая система

71. Назовите наиболее частую причину первичного гиперальдостеронизма (ПГА):

- 1) двусторонняя диффузная гиперплазия коры надпочечников
- 2) врожденная гиперплазия коры надпочечников
- 3) синдром Конна (альдостерома)
- 4) рак надпочечников

72. Назовите клинические симптомы, не характерные для первичного гиперальдостеронизма (ПГА):

- 1) артериальная гипертензия
- 2) полиурия, полидипсия
- 3) отеки
- 4) симптомы гипокалиемии
- 5) нарушение толерантности к глюкозе

73. Классическими биохимическими критериями ПГА являются все нижеперечисленные, кроме:

- 1) гипокалиемия

- 2) пониженная активность ренина плазмы (АРП)
- 3) повышенный уровень альдостерона
- 4) гипонатриемия
- 5) повышенный уровень калия в моче

74. Какова наиболее частая причина гипоальдостеронизма?

- 1) врожденная гиперплазия коры надпочечников
- 2) псевдогипоальдостеронизм
- 3) первичная надпочечниковая недостаточность
- 4) односторонняя адреналэктомия
- 5) диабетическая нефропатия

75. Феохромоцитома - это опухоль, исходящая из:

- 1) пучковой зоны коры надпочечников
- 2) сетчатой зоны коры надпочечников
- 3) клубочковой зоны коры надпочечников
- 4) мозгового слоя надпочечников

76. Феохромоцитома может секретировать ниже перечисленные гормоны, кроме:

- 1) альдостерон
- 2) адреналин
- 3) норадреналин
- 4) дофамин
- 5) серотонин
- 6) нейропептид Y

77. Назовите клинический симптом, не характерный для надпочечниковой локализации феохромоцитомы:

- 1) брадикардия
- 2) тремор
- 3) повышение систолического артериального давления
- 4) расширение зрачков
- 5) эмоциональное возбуждение

78. Развитию гипертонического криза у пациентов с феохромоцитомой не способствуют:

- 1) эмоциональное перенапряжение
- 2) обильная пища
- 3) неудобное положение тела
- 4) пальпация опухоли
- 5) работа на компьютере

79. Для верификации феохромоцитомы наиболее информативно определение:

- 1) содержания винил-миндальной кислоты в моче
- 2) содержания адреналина в суточной моче
- 3) содержания норадреналина в суточной моче
- 4) содержания альдостерона
- 5) содержания метанефринов в крови и моче

80. Терапия феохромоцитомы заключается в:

- 1) консервативном лечении кризов
- 2) лучевой терапии

- 3) химиотерапии
- 4) удалении опухоли
- 5) наблюдении

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ №1

1. Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа:

- 1) деструкция β -клеток и инсулиновая недостаточность
- 2) инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
- 3) повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность
- 4) инсулинорезистентность и деструкция β -клеток

2. Укажите признак развития у больной начальной стадии диабетической ретинопатии:

- 1) снижение зрения
- 2) пролиферативные изменения сетчатки
- 3) образование аневризм сосудов сетчатки
- 4) новообразование сосудов сетчатки
- 5) наличие кровоизлияний

3. Главной причиной развития абсолютной инсулиновой недостаточности является:

- 1) прогрессирующее ожирение
- 2) повышенная всасываемость глюкозы в желудочно-кишечном тракте
- 3) аутоиммунная деструкция β -клеток поджелудочной железы
- 4) всё вышеперечисленное

4. При гиперкетонемической коме дыхание:

- 1) частое, глубокое
- 2) глубокое, редкое, шумное
- 3) частое, поверхностное
- 4) поверхностное
- 5) редкое, поверхностное

5. Метаболическими признаками гиперосмолярной комы являются:

- 1) кетоацидоз и гипергликемия
- 2) гипергликемия и гиперосмолярность
- 3) гиперосмолярность и гипернатриемия
- 4) гипернатриемия и кетоацидоз

6. В лечении сахарного диабета легкого течения применяется:

- 1) диета с пероральными сахароснижающими препаратами
- 2) диета с пероральными сахароснижающими препаратами и инсулином
- 3) диета

- 7. Производные сульфанилмочевинных препаратов 2-й генерации, по сравнению с сульфанилмочевинными препаратами 1-й генерации, имеют:**
- 1) выше токсичность и ниже сахароснижающий эффект
 - 2) ниже токсичность и выше сахароснижающий эффект
 - 3) ниже токсичность и ниже сахароснижающий эффект
 - 4) выше токсичность и выше сахароснижающий эффект
- 8. Основным провоцирующим фактором развития диабетической кетоацидотической комы при сахарном диабете 1-го типа является:**
- 1) оперативное вмешательство
 - 2) беременность
 - 3) неадекватная инсулинотерапия
 - 4) сопутствующая патология (инфаркт миокарда, пневмония, пиелонефрит)
- 9. Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов состоит, главным образом:**
- 1) в восстановлении физиологической чувствительности β -клеток к глюкозе
 - 2) в снижении образования НЭЖК и глицерина
 - 3) в повышении утилизации глюкозы в печени и мышцах
 - 4) в усилении секреции инсулина поджелудочной железой
- 10. Суточная потребность в инсулине на первом году сахарного диабета:**
- 1) 0,5-0,6 ед на 1 кг массы тела
 - 2) 0,8-0,9 ед на 1 кг массы тела
 - 3) 1-1,2 ед на 1 кг массы тела
 - 4) 1 ед на 1 кг массы тела
- 11. Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:**
- 1) идеальной массы тела
 - 2) физической нагрузки
 - 3) возраста
 - 4) наличия сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта
 - 5) реальной массы тела
- 12. Укажите этиологические факторы сахарного диабета 1-го типа:**
- 1) травма поджелудочной железы
 - 2) психическая травма
 - 3) аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита
 - 4) ожирение
- 13. Сахарный диабет 1-го типа следует лечить:**
- 1) сульфаниламидными препаратами
 - 2) инсулином на фоне диетотерапии
 - 3) голоданием
 - 4) бигуанидами
 - 5) только диетотерапией

- 14. У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия. Общая слабость, уровень сахара в крови - 16 ммоль/л, в моче - 5%, ацетон в моче положительн. Тип диабета у больного:**
- 1) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип)
 - 2) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) инсулинопотребный
 - 3) сахарный диабет 2-го типа у молодых (MODY)
 - 4) вторичный сахарный диабет
 - 5) сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)
- 15. У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак - 9,2 ммоль/л, глюкозурия - 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:**
- 1) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип)
 - 2) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) инсулинопотребный
 - 3) сахарный диабет 2-го типа у молодых (MODY)
 - 4) вторичный сахарный диабет
 - 5) сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)
- 16. Проинсулин - это:**
- 1) предшественник инсулина в процессе биосинтеза
 - 2) препарат инсулина пролонгированного действия
 - 3) пероральный сахароснижающий препарат
 - 4) препарат инсулина короткого действия
 - 5) метаболит инсулина
- 17. Острым осложнением при сахарном диабете 2-го типа является:**
- 1) гиперосмолярная кома
 - 2) инфаркт миокарда
 - 3) гангрена нижних конечностей
 - 4) диабетическая нефропатия
 - 5) кетонемическая кома
- 18. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с внутривенного введения:**
- 1) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
 - 2) солей кальция
 - 3) норадреналина
 - 4) солей калия
 - 5) строфанина
- 19. Резистентность к инсулину может быть вызвана:**
- 1) патологией инсулиновых рецепторов
 - 2) антителами к инсулину
 - 3) всеми указанными факторами
- 20. Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия?**
- 1) семиленте
 - 2) инсулин В
 - 3) ленте
 - 4) ультраленте

5) актрапид

21. Если у больного сахарным диабетом 1-го типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует:

- 1) уменьшить суточную дозу инсулина
- 2) уменьшить содержание углеводов в пище
- 3) увеличить получаемую суточную дозу инсулина
- 4) отменить инсулин
- 5) применить пероральные сахароснижающие средства

22. Какой из гормонов стимулирует липогенез?

- 1) адреналин
- 2) глюкагон
- 3) инсулин
- 4) тироксин
- 5) соматотропный гормон

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

- 1) кетоацидоз
- 2) лактацидоз
- 3) агранулоцитоз
- 4) холестатическая желтуха
- 5) усиление полиурии

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

- 1) 500 мл
- 2) 1000 мл
- 3) 2500 мл
- 4) 4000 мл
- 5) 250 мл

25. Самым активным стимулятором секреции инсулина является:

- 1) свободные жирные кислоты
- 2) глюкоза
- 3) фруктоза
- 4) электролиты
- 5) аминокислоты

26. Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего:

- 1) в периферической нервной системе
- 2) в центральной нервной системе
- 3) в гепатоцитах
- 4) в поперечно-полосатой мускулатуре
- 5) в миокарде

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

- 1) бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, с целью борьбы с ацидозом
- 2) снижение рН крови ниже 7,36
- 3) начинающийся отек мозга
- 4) сопутствующий лактоцидоз
- 5) снижение рН крови ниже 7,0

28. Рациональное соотношение белков, углеводов и жиров в диете больных сахарным диабетом 1-го типа:

- 1) белки 25%, углеводы 40%, жиры 35%
- 2) белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%
- 3) белки 10%, углеводы 50%, жиры 40%
- 4) белки 40%, углеводы 30%, жиры 30%
- 5) белки 16%, углеводы 60%, жиры 24%

29. Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:

- 1) идеальной массы тела
- 2) сопутствующей инсулинотерапии
- 3) возраста
- 4) наличия сопутствующей язвенной болезни
- 5) реальной массы тела

30. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

- 1) гиперосмолярность и лактоацидоз
- 2) лактоацидоз и гипернатриемия
- 3) гипернатриемия и кетоацидоз
- 4) кетоацидоз и гипергликемия
- 5) гипергликемия и гиперосмолярность

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ №2

1. Основной функцией инсулина в организме человека является:

- 1) поддержание нормального уровня гликемии
- 2) освобождение глюкозы из печени

2. При тяжелом дефиците инсулина повышается глюкоза крови и ...

- 1) проявляется гипогликемия
- 2) развивается кетоз

3. Когда секреция инсулина максимальна у здоровых лиц?

- 1) во время сна
- 2) сразу после еды
- 3) через несколько часов после еды
- 4) в состоянии голода

4. Инсулин вырабатывается...

- 1) α -клетками поджелудочной железы
- 2) экзокринными железами (клетками) поджелудочной железы
- 3) β -клетками поджелудочной железы

5. Инсулин это...

- 1) гормон
- 2) углевод
- 3) фермент

6. Какой из следующих факторов стимулирует секрецию инсулина?

- 1) снижение уровня гликемии
- 2) процесс пищеварения и повышение уровня гликемии
- 3) вид пищи

7. Начало сахароснижающего эффекта инсулина ультракороткого действия (аналогов инсулина) проявляется через:

- 1) 40 мин
- 2) 30 мин
- 3) 15 мин

8. Абсолютные показания к инсулинотерапии все, кроме:

- 1) диабет 1 типа
- 2) диабет 2 типа
- 3) диабет беременных
- 4) диабетический кетоацидоз

9. Назовите препараты, которые применяются для лечения сахарного диабета у беременных:

- 1) инсулин
- 2) бигуаниды
- 3) препараты сульфанилмочевины

10. Назначение сахароснижающих препаратов сульфанилмочевины препаратов как основного метода лечения показано при:

- 1) стабильном диабете 2 типа
- 2) диабете 1 типа
- 3) диабете, осложненном нефропатией
- 4) диабете беременных
- 5) диабете у тучных людей

11. Перечислите ситуации, которые приводят к повышению потребности в инсулине:

- 1) стресс, инфекция
- 2) мышечная работа
- 3) голодание

12. Назовите препараты, применяющиеся для лечения кетоацидоза при сахарном диабете:

- 1) инсулин продленного действия
- 2) инсулин короткого действия
- 3) инсулин короткого действия в сочетании с сульфониламидами

- 4) инсулин короткого действия в сочетании с бигуанидами

13. Какие сахароснижающие препараты применяют при полостных и длительных хирургических операциях:

- 1) инсулин короткого действия
- 2) сульфаниламидные сахароснижающие препараты
- 3) бигуаниды
- 4) инсулин продленного действия

14. Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:

- 1) идеальной массы тела
- 2) физической нагрузки
- 3) возраста
- 4) реальной массы тела

15. Назовите токсические вещества избирательно поражающие β -клетки:

- 1) инсулин
- 2) диазоксид
- 3) глюкоза
- 4) пенициллин
- 5) левотироксин

16. Основные принципы лечения сахарного диабета 1 типа все, кроме:

- 1) инсулинотерапия
- 2) диета
- 3) физические нагрузки
- 4) самоконтроль
- 5) иммуномодулирующая терапия

17. При планировании лечения сахарного диабета 1 типа необходимо учитывать все, кроме:

- 1) возраст больного
- 2) уровень остаточной секреции инсулина
- 3) образ жизни и физическую активность
- 4) материальное и социальное положение больного
- 5) индивидуальную потребность больного в питательных веществах и энергии

18. Как провести коррекцию схемы инсулинотерапии, если у больного, получающего только инсулин средней продолжительности действия (утром и вечером), наблюдается выраженная гипергликемия после завтрака и ужина:

- 1) равномерно увеличить дозу вводимого инсулина перед завтраком и ужином
- 2) увеличить утреннюю дозу инсулина
- 3) необходимо добавить инъекции инсулина короткого действия
- 4) ввести дополнительную инъекцию инсулина средней продолжительности перед обедом

19. Возможные осложнения инсулинотерапии все, кроме:

- 1) гипогликемия
- 2) синдром Сомоджи
- 3) аллергия к инсулину
- 4) постинъекционные липодистрофии
- 5) инсулит

20. Назовите основную причину гипогликемии:

- 1) передозировка инсулина
- 2) прием алкоголя
- 3) недостаточный прием жиров

21. Синдром Сомоджи это:

- 1) врожденный синдром, который сопровождается сахарным диабетом
- 2) синдром, обусловленный хронической передозировкой инсулина
- 3) синдром, обусловленный длительным дефицитом инсулина
- 4) синдром, обусловленный дефицитом контринсулярных гормонов

22. Если у больного, получающего 20 - 40 ед/сут инсулина, уровень глюкозы в крови 13,3 ммоль/л, то для снижения уровня глюкозы крови на 2,2 - 2,8 ммоль/л потребуется, как правило:

- 1) 5,0 - 6,0 ед инсулина
- 2) 1,0 - 3,0 ед инсулина
- 3) 0,5 - 1,0 ед инсулина

23. Максимальный сахароснижающий эффект инсулина ультракороткого действия (аналогов инсулина человека) проявляется через:

- 1) 1,5 - 3 часа
- 2) 4 - 8 часов
- 3) 0,5 - 2 часа

24. Основные механизмы действия сахароснижающих препаратов производных сульфанилмочевины все, кроме:

- 1) блокирование АТФ-зависимых калиевых каналов в мембранах β - клеток
- 2) подавление продукции глюкозы в печени
- 3) подавление расщепления инсулина в печени
- 4) снижение всасывания глюкозы в кишечнике

25. Показания к назначению препаратов сульфанилмочевины все, кроме:

- 1) отсутствие компенсации на фоне диетотерапии и физических нагрузок
- 2) отсутствие склонности к развитию кетонемии и диабетического кетоацидоза
- 3) период т.н. медового месяца у больных диабетом 1 типа

26. Назовите показание к назначению препаратов производных сульфанилмочевины:

- 1) сахарный диабет 1 типа
- 2) диабетический кетоацидоз, прекома, кома
- 3) тяжелая диабетическая нефропатия
- 4) тяжелые оперативные вмешательства
- 5) беременность, лактация
- 6) сахарный диабет 2 типа

27. У каких больных диабетом 2 типа потребность в инсулине ниже:

- 1) у больных с выраженным ожирением и малоподвижных
- 2) у больных с тяжелыми метаболическими нарушениями
- 3) у больных, имеющих сопутствующие заболевания и стрессы
- 4) у больных с дефицитом веса

28. Как проводят коррекцию схемы инсулинотерапии при расветной гипергликемии?

- 1) вводят дополнительно инсулин короткого действия в ранние утренние часы или переносят вечернюю дозу инсулина продленного действия перед сном на более позднее время
- 2) увеличивают дозу инсулина продленного действия перед ужином
- 3) увеличивают дозу короткого инсулина перед едой

29. Назовите механизмы действия бигуанидов:

- 1) повышение утилизации глюкозы и увеличение потребления глюкозы в мышечной и жировой ткани
- 2) увеличение продукции глюкозы печенью
- 3) увеличение всасывания глюкозы в желудочно-кишечном тракте

30. Возможные побочные действия бигуанидов все, кроме:

- 1) повышение аппетита
- 2) диарея
- 3) металлический или горький привкус
- 4) лактацидоз

31. Противопоказания к назначению бигуанидов все, кроме:

- 1) сахарный диабет 1 типа
- 2) заболевания печени и почек с нарушением функции
- 3) ожирение
- 4) алкоголизм
- 5) острые инфекционные заболевания

32. Назовите показания к временной инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа:

- 1) тяжелые хирургические вмешательства
- 2) сопутствующая витаминотерапия
- 3) ишемическая болезнь сердца

33. Что такое 1 ХЕ (хлебная единица)?

- 1) количество хлеба, необходимое больному в день
- 2) количество хлеба, повышающее уровень гликемии на 1 ммоль/л
- 3) количество продукта, содержащее 10 - 12 г углеводов
- 4) количество продукта, необходимое на 1 ЕД инсулина

34. Начало сахароснижающего эффекта инсулина короткого действия проявляется через:

- 1) 40 - 60 мин
- 2) 20 - 30 мин
- 3) 15 - 30 мин

35. Начало сахароснижающего действия инсулина средней продолжительности проявляется через:

- 1) 1,5 - 2 часа
- 2) 4 - 6 часов
- 3) 6 - 8 часов

36. Максимальный сахароснижающий эффект инсулина средней продолжительности действия проявляется через:

- 1) 2 - 4 часа
- 2) 4 - 8 часов
- 3) 8 - 12 часов

37. Какие продукты не подлежат подсчету по хлебным единицам?

- 1) горошек
- 2) картофель
- 3) грибы

38. Назовите методы введения инсулина средней продолжительности действия?

- 1) внутривенный
- 2) внутримышечный
- 3) подкожный
- 4) методом фонофореза

39. Механизм действия бигуанидов:

- 1) повышение утилизации глюкозы и уменьшение продукции глюкозы печенью
- 2) уменьшение всасывания глюкозы в ЖКТ
- 3) уменьшение потребления глюкозы в мышечной ткани и жировой ткани

40. Показание к назначению бигуанидов:

- 1) острые осложнения диабета
- 2) беременность
- 3) диабет 1 типа
- 4) легочно-сердечная недостаточность
- 5) сахарный диабет 2 типа с ожирением

41. Экстрапанкреатическое действие препаратов группы сульфаниламочевины все, кроме:

- 1) потенцирование активности синтеза гликогена
- 2) потенцирование печеночного липогенеза
- 3) потенцирование стимуляции транспорта глюкозы в скелетных мышцах и жировой ткани
- 4) повышение активности инсулиназы

42. Как отличаются значения содержания глюкозы в плазме венозной крови от содержания глюкозы в цельной капиллярной крови:

- 1) на 15% больше
- 2) на 15% меньше
- 3) на 25% больше
- 4) на 25% меньше

43. Критерии хорошей компенсации больного сахарным диабетом по уровню гликемии:

- 1) натощак ≤ 6 ммоль/л, после еды ≤ 8 ммоль/л
- 2) натощак ≤ 8 ммоль/л, после еды ≤ 11 ммоль/л
- 3) натощак ≤ 10 ммоль/л, после еды ≤ 13 ммоль/л

44. Какими показателями определяется оценка эффективности инсулинотерапии?

- 1) уровень гликемии натощак
- 2) уровень гликемии через час после еды
- 3) уровень гликемии через 2 часа после еды

- 4) уровень гликированного гемоглобина (HbA1c)
- 5) уровень суточной глюкозурии

45. Какие возможны методы введения инсулина продленного действия:

- 1) внутривенный
- 2) внутримышечный
- 3) подкожный
- 4) интраназальный

46. Постинъекционные липодистрофии:

- 1) развиваются в местах инъекций в виде участков липоатрофий
- 2) не развиваются в местах инъекций в виде участков липогипертрофий
- 3) не характеризуются нарушенным всасыванием инсулина

47. Препараты сульфанилмочевины второй генерации все, кроме:

- 1) хлорпропамид
- 2) гликлазид
- 3) глибенкламид
- 4) глипизид
- 5) гликвидон

48. В лечении сахарного диабета легкого течения применяется:

- 1) диета с пероральными сахароснижающими препаратами
- 2) диета с пероральными сахароснижающими препаратами и инсулином
- 3) диета

49. Производные сульфанилмочевинных препаратов 2-й генерации, по сравнению с сульфанилмочевинными препаратами 1-й генерации, имеют:

- 1) выше токсичность и ниже сахароснижающий эффект
- 2) ниже токсичность и выше сахароснижающий эффект
- 3) ниже токсичность и ниже сахароснижающий эффект
- 4) выше токсичность и выше сахароснижающий эффект

50. Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов состоит, главным образом:

- 1) в восстановлении физиологической чувствительности β -клеток к глюкозе
- 2) в снижении образования НЭЖК и глицерина
- 3) в повышении утилизации глюкозы в печени и мышцах
- 4) в усилении секреции инсулина поджелудочной железой

51. Суточная потребность в инсулине на первом году сахарного диабета:

- 1) 0,5-0,6 ед на 1 кг массы тела
- 2) 0,8-0,9 ед на 1 кг массы тела
- 3) 1-1,2 ед на 1 кг массы тела
- 4) 1 ед на 1 кг массы тела

52. Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:

- 1) идеальной массы тела
- 2) физической нагрузки
- 3) возраста
- 4) наличия сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта
- 5) реальной массы тела

53. Сахарный диабет 1-го типа следует лечить:

- 1) сульфаниламидными препаратами
- 2) инсулином на фоне диетотерапии
- 3) голоданием
- 4) бигуанидами
- 5) только диетотерапией

54. Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия?

- 1) семиленте
- 2) инсулин В
- 3) ленте
- 4) ультраленте
- 5) актрапид

55. Если у больного сахарным диабетом 1-го типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует:

- 1) уменьшить суточную дозу инсулина
- 2) уменьшить содержание углеводов в пище
- 3) увеличить получаемую суточную дозу инсулина
- 4) отменить инсулин
- 5) применить пероральные сахароснижающие средства

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

- 1) кетоацидоз
- 2) лактацидоз
- 3) агранулоцитоз
- 4) холестатическая желтуха
- 5) усиление полиурии

57. Рациональное соотношение белков, углеводов, и жиров в диете больных сахарным диабетом 1-го типа:

- 1) белки 25%, углеводы 40%, жиры 35%
- 2) белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%
- 3) белки 10%, углеводы 50%, жиры 40%
- 4) белки 40%, углеводы 30%, жиры 30%
- 5) белки 16%, углеводы 60%, жиры 24%

58. Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:

- 1) идеальной массы тела и физической нагрузки
- 2) сопутствующей инсулинотерапии
- 3) возраста
- 4) наличия сопутствующей язвенной болезни
- 5) реальной массы тела

59. Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:

- 1) дексаметазон
- 2) каптоприл
- 3) тиазидовые диуретики

4) пероральные контрацептивы

60. Основной функцией инсулина в организме человека является:

- 1) поддержание нормального уровня гликемии
- 2) освобождение глюкозы из печени

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ №3

1. При подозрении сахарного диабета обычно не определяется:

- 1) наличие инсулина в моче
- 2) наличие глюкозы в моче
- 3) содержание глюкозы в крови

2. Гестационный диабет...

- 1) имеет место у пациентов с избыточным питанием
- 2) имеет место у больных диабетом в период беременности
- 3) имеет место в тех случаях, когда у беременной обнаруживают диабет

3. Оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ):

- 1) обычно используется нагрузка 55г глюкозы
- 2) может быть опасен и не должен применяться у пожилых
- 3) если гликемия натощак 8 ммоль/л, для установления диагноза необходимо провести ОГТТ
- 4) с помощью ОГТТ можно провести дифференциальную диагностику между диабетом 1 типа и 2 типа
- 5) обычно используют нагрузку для взрослых - 75 г глюкозы

4. Почему глюкозурия часто является следствием гипергликемии?

- 1) потому что повреждаются почки
- 2) потому что почки не в состоянии реабсорбировать всю глюкозу отфильтрованной крови

5. Гипергликемия при диабете развивается из-за инсулиновой недостаточности.

Она развивается так как...

- 1) идет распад гликогена печени с образованием глюкозы
- 2) глюкоза не поглощается мышечной тканью
- 3) глюкоза не поглощается жировой тканью
- 4) идет распад белка через активацию глюконеогенеза
- 5) все ответы правильные

6. При сахарном диабете...

- 1) уровень гликемии повышен
- 2) распад жиров подавлен
- 3) распад белков подавлен

7. Период так называемого медового месяца...

- 1) имеет место только у больных 2 типа моложе 30 лет

- 2) имеются в виду больные диабетом 1 типа только что вступившие в брачные отношения
- 3) другое название ремиссии диабета 1 типа, когда временно восстанавливается способность поджелудочной железы к выработке инсулина
- 4) обычно происходит через 3 - 6 месяцев после начала инсулинотерапии

8. Сахарный диабет 1 типа известен также как ...

- 1) инсулинзависимый сахарный диабет или юношеский диабет
- 2) инсулиннезависимый сахарный диабет
- 3) клинический диабет

9. При сахарном диабете 1 типа ...

- 1) пациенты молодые и в большинстве моложе 30 лет
- 2) заболевание м.б. следствием аутоиммунного процесса, приводящего к гибели β -клеток
- 3) клиническое начало заболевания, как правило, внезапное и острое
- 4) все ответы правильные

10. Сахарный диабет 1 типа:

- 1) обычно развивается до 40 лет
- 2) развивается чаще после 40 лет
- 3) является заболеванием с легким течением

11. Больные со 2 типом диабета...

- 1) начало заболевания постепенное
- 2) склонны к кетозу
- 3) преимущественно молодые

12. При нелеченном диабете имеют место признаки и симптомы все, кроме:

- 1) потеря веса
- 2) помутненное зрение
- 3) жажда и полиурия
- 4) баланит
- 5) выпадение волос

13. Какие из полученных результатов ОГТТ подтверждают диагноз сахарного диабета?

- 1) уровень постпрандиальной глюкозы плазмы через 2 часа выше 10 ммоль/л
- 2) уровень глюкозы на протяжении всего исследования больше 7 ммоль/л
- 3) уровень постпрандиальной (через 2 часа) 10 ммоль/л, а натощак 6 ммоль/л

14. При сахарном диабете 1 типа...

- 1) поджелудочная железа не вырабатывает инсулин
- 2) инсулин не в состоянии усилить утилизацию глюкозы
- 3) в клетках организма, по-видимому, имеется недостаток рецепторов к инсулину

15. Наиболее часто встречающиеся кожные проявления при сахарном диабете все, кроме:

- 1) бледность кожных покровов
- 2) зуд кожи и слизистых
- 3) фурункулез

16. Назовите критерий удовлетворительной компенсации углеводного обмена по уровню гликированного гемоглобина:

- 1) 11,5%
- 2) < 6,5%
- 3) 13%
- 4) 3%

17. Ведущие симптомы начального периода сахарного диабета все, кроме:

- 1) жажда
- 2) олигурия
- 3) полиурия
- 4) потеря массы тела
- 5) сухость во рту

18. Назовите основные лабораторные показатели, подтверждающие наличие сахарного диабета:

- 1) гипергликемия, глюкозурия
- 2) гипогликемия
- 3) лейкоцитоз
- 4) гиперхолестеролемиа

19. Уровни глюкозы в цельной капиллярной крови должны расцениваться как сахарный диабет все, кроме:

- 1) натощак $\geq 6,7$ ммоль/л
- 2) натощак $\leq 5,5$ ммоль/л
- 3) выборочно $\geq 11,1$ ммоль/л

20. Диагностические критерии сахарного диабета 1 типа все, кроме:

- 1) кетонурия или кетоацидоз
- 2) протеинурия
- 3) быстрое начало заболевания
- 4) потеря массы тела
- 5) молодой возраст

21. Лабораторные признаки, которые помогают подтвердить или выявить дисфункцию β -клеток поджелудочной железы все, кроме:

- 1) гипергликемия
- 2) глюкозурия
- 3) микроальбуминурия
- 4) кетонурия
- 5) отсутствие или низкий уровень C- пептида

22. Для раннего выявления диабетической нефропатии необходимо:

- 1) определять микроальбуминурию
- 2) определять азот мочевины и креатинин в крови
- 3) определять клиренс креатинина
- 4) все ответы правильные

23. Известные механизмы развития осложнений сахарного диабета все, кроме:

- 1) активация полиолового пути метаболизма глюкозы
- 2) подавление синтеза мио-инозитола
- 3) повышение активности Na^+ , K^+ -АТФазы

4) неферментативное гликирование белков

24. Клинико-лабораторные показатели характеризуют стадию начинающейся нефропатии все, кроме:

- 1) микроальбуминурия (от 30 до 300 мг/сут)
- 2) СКФ нормальная или высокая
- 3) нестойкое повышение АД
- 4) артериальная гипертензия, протеинурия

25. Клинико-лабораторные показатели характеризуют стадию выраженной нефропатии все, кроме:

- 1) микроальбуминурия (от 30 до 300 мг/сут), нестойкое повышение АД
- 2) протеинурия (более 500 мг/сут)
- 3) СКФ нормальная или умеренно сниженная
- 4) артериальная гипертензия

26. Формы синдрома диабетической стопы все, кроме:

- 1) нейропатическая
- 2) сосудистая, язвенная
- 3) ишемическая
- 4) смешанная

27. Что нельзя делать с ногами больному диабетом?

- 1) согревать ноги с помощью горячей воды, электрогрелок
- 2) пользоваться для ухода за ногами лезвием, острыми ножницами
- 3) носить тесную обувь, обувь на высоком каблуке
- 4) ходить босиком
- 5) все ответы правильные

28. Как отличаются значения содержания глюкозы в плазме венозной крови от содержания глюкозы в цельной капиллярной крови?

- 1) на 15% больше
- 2) на 15% меньше
- 3) на 25% больше
- 4) на 25% меньше

29. Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа:

- 1) деструкция β -клеток и инсулиновая недостаточность
- 2) инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
- 3) повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность
- 4) инсулинорезистентность и деструкция β -клеток

30. Укажите признак развития у больной начальной стадии диабетической ретинопатии:

- 1) снижение зрения
- 2) пролиферативные изменения сетчатки
- 3) образование аневризм сосудов сетчатки
- 4) новообразование сосудов сетчатки
- 5) наличие кровоизлияний

31. Главной причиной развития абсолютной инсулиновой недостаточности является:

- 1) прогрессирующее ожирение
- 2) повышенная всасываемость глюкозы в желудочно-кишечном тракте
- 3) аутоиммунная деструкция β -клеток поджелудочной железы
- 4) генетически обусловленное снижение способности клеток к регенерации

32. Укажите этиопатогенетические факторы сахарного диабета 1-го типа:

- 1) травма поджелудочной железы
- 2) психическая травма
- 3) аутоиммунное поражение островков Лангерганса
- 4) ожирение

33. У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови - 16 ммоль/л, в моче - 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного:

- 1) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип)
- 2) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) инсулинопотребный
- 3) сахарный диабет 2-го типа у молодых (MODY)
- 4) вторичный сахарный диабет
- 5) сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)

34. У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак - 9,2 ммоль/л, глюкозурия - 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:

- 1) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип)
- 2) сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) инсулинопотребный
- 3) сахарный диабет 2-го типа у молодых (MODY)
- 4) вторичный сахарный диабет
- 5) сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)

35. Резистентность к инсулину может быть вызвана всем, кроме:

- 1) патологией инсулиновых рецепторов
- 2) антителами к инсулину
- 3) приемом каптоприла
- 4) инфекционным заболеванием

36. Какой из гормонов стимулирует липогенез?

- 1) адреналин
- 2) глюкагон
- 3) инсулин
- 4) тироксин
- 5) соматотропный гормон

37. Самым активным стимулятором секреции инсулина является:

- 1) свободные жирные кислоты
- 2) глюкоза
- 3) фруктоза
- 4) электролиты
- 5) аминокислоты

38. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

- 1) глаукома
- 2) катаракта
- 3) пролиферирующая ретинопатия
- 4) атрофия зрительных нервов
- 5) автономная нейропатия

39. При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:

- 1) определить уровень глюкозы в крови натощак
- 2) провести глюкозотолерантный тест
- 3) назначить препараты сульфонилмочевины
- 4) ограничить употребление углеводов
- 5) определить уровень базального инсулина

40. Относительно сахарного диабета I типа справедливо все, кроме:

- 1) диабет требует постоянного лечения инсулином
- 2) диабет чаще возникает в молодом возрасте
- 3) течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу
- 4) диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. КОМЫ

1. Гипогликемия - это...

- 1) синдром, характеризующийся гиперинсулинизмом
- 2) синдром, связанный с дефицитом инсулина
- 3) синдром, обусловленный падением концентрации глюкозы в плазме крови натощак менее 3,3 ммоль/л, через 3 - 4 часа после еды менее 2,8 ммоль/л
- 4) синдром, обусловленный падением концентрации глюкозы в плазме крови натощак менее 3,5 ммоль/л, через 3 - 4 часа после приема глюкозы менее 5,5 ммоль/л

2. В ответ на гипогликемию СТГ ...

- 1) усиливает глюконеогенез в печени
- 2) подавляет глюконеогенез в печени
- 3) усиливает утилизацию глюкозы мышцами
- 4) активизирует утилизацию глюкозы мышцами

3. Клинические признаки гипогликемии все, кроме:

- 1) потливость
- 2) чувство голода
- 3) сухость во рту
- 4) головная боль

4. Какими проявлениями сопровождается гипогликемия?

- 1) головная боль
- 2) нарушения зрения
- 3) амнезия
- 4) слабость, потливость, чувство голода

5. Когда может выявляться ацетонурия?

- 1) при гликемии выше 13 ммоль/л
- 2) при интеркуррентных заболеваниях
- 3) при тошноте, рвоте
- 4) при голоде
- 5) все ответы правильные

6. Основные причины гипогликемии все, кроме:

- 1) передозировка инсулина
- 2) переедание
- 3) недостаточное употребление углеводов
- 4) чрезмерная физическая нагрузка
- 5) чрезмерное употребление алкоголя на фоне инсулинотерапии

7. При гиперкетонемической коме дыхание:

- 1) частое, глубокое
- 2) глубокое, редкое, шумное
- 3) частое, поверхностное
- 4) поверхностное
- 5) редкое, поверхностное

8. Метаболическими признаками гиперосмолярной комы являются:

- 1) кетоацидоз и гипергликемия
- 2) гипергликемия и гиперосмолярность
- 3) гиперосмолярность и гипернатриемия
- 4) гипернатриемия и кетоацидоз

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

- 1) оперативное вмешательство
- 2) беременность
- 3) неадекватная инсулинотерапия
- 4) сопутствующая патология (инфаркт миокарда, пневмония, пиелонефрит)
- 5) потеря организмом жидкости

10. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с внутривенного введения:

- 1) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
- 2) солей кальция
- 3) норадреналина
- 4) солей калия
- 5) строфанина

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

- 1) 500 мл
- 2) 1000 мл
- 3) 2500 мл
- 4) 4000 мл
- 5) 250 мл

12. Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего:

- 1) в периферической нервной системе
- 2) в центральной нервной системе
- 3) в гепатоцитах
- 4) в поперечно-полосатой мускулатуре
- 5) в миокарде

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

- 1) бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, с целью борьбы с ацидозом
- 2) снижение рН крови ниже 7,36
- 3) начинающийся отек мозга
- 4) сопутствующий лактоцидоз
- 5) снижение рН крови ниже 7,0

14. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

- 1) гиперосмолярность и лактоацидоз
- 2) лактоацидоз и гипернатриемия
- 3) гипернатриемия и кетоацидоз
- 4) кетоацидоз и гипергликемия
- 5) гипергликемия и гиперосмолярность

15. Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана:

- 1) введением неадекватно большой дозы инсулина
- 2) приемом алкоголя
- 3) приемом препаратов сульфонилмочевины
- 4) все ответы правильные

16. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

- 1) снять ЭКГ
- 2) ввести 5%-ный раствор глюкозы
- 3) ввести инсулин (10-20 ЕД)
- 4) исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови
- 5) ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы

17. Перечислите неотложные состояния, наиболее часто встречающиеся в клинике эндокринных заболеваний:

- 1) диабетический кетоацидоз, гипогликемическая кома
- 2) гиперосмолярная кома
- 3) лактацидотическая кома
- 4) гипотиреоидная кома

18. Назовите основные причины диабетического кетоацидоза:

- 1) абсолютный или относительный дефицит инсулина вследствие прекращения введения инсулина
- 2) грубое нарушение диеты
- 3) увеличение потребности в инсулине
- 4) потеря дозы или неправильное введение инсулина

- 5) все ответы правильные
- 19. Какие дополнительные тесты подтверждают наличие кетоацидоза, помимо определения ацетона в моче?**
- 1) pH крови
 - 2) уровень кетоновых тел в крови
 - 3) все ответы правильные
- 20. Субфебрильная температура тела у больных в диабетической прекоме и коме свидетельствует:**
- 1) о хорошей иммунной защите организма
 - 2) о том, что причиной кетоацидоза является какая-то инфекция
 - 3) обычная реакция организма в ответ на декомпенсацию сахарного диабета
- 21. О чем свидетельствует лейкоцитоз и сдвиг формулы влево в прекоме и диабетической коме?**
- 1) признак инфекции
 - 2) м.б. ответом на стресс и не всегда является показателем инфекции
- 22. Ваша тактика в случае кетоацидотической комы или прекомы:**
- 1) наблюдение в домашних условиях, коррекция действий по телефону
 - 2) экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии на фоне внутривенного введения физиологического раствора, во избежание развития гиповолемического шока и коллапса
- 23. Признаком чего является нарастание лейкоцитоза на фоне регидратации у больного в прекоме и диабетической коме?**
- 1) хорошей иммунной защиты
 - 2) тяжести метаболических изменений
 - 3) инфекции или острого воспалительного процесса
- 24. Перечислите лабораторные показатели, которые необходимо для мониторинга при выведении больного из диабетической прекомы и комы:**
- 1) ежечасное определение глюкозы крови
 - 2) определение pH крови
 - 3) уровень электролитов крови (K, Na, Cl)
 - 4) определение АД
 - 5) уровень мочевины и креатинина
 - 6) все ответы правильные
- 25. Как часто следует наблюдать больного в диабетическом кетоацидозе и коме?**
- 1) каждые 30-60 минут
 - 2) каждые 2 часа
 - 3) каждые 3 часа
- 26. Чего следует опасаться в первую очередь при выведении больного из диабетической прекомы и комы?**
- 1) гипотонии и коллапса
 - 2) гипокалиемии
 - 3) отека мозга (особенно у детей)
 - 4) все ответы правильные

- 27. Как предпочтительно проводить инсулинотерапию в диабетической прекоме и коме?**
- 1) непрерывная инфузия инсулина короткого действия в/венно в дозе 0,1 ЕД/кг/час
 - 2) в/мышечное введение инсулина до устранения кетоацидоза
 - 3) подкожное введение 6-8 ЕД инсулина короткого действия 6 раз в сутки
- 28. Что свидетельствует об устранении кетоацидоза?**
- 1) исчезновение ацетона в моче
 - 2) нормализация pH в крови
- 29. Назовите причины отека легких при лечении диабетической комы:**
- 1) избыточное введение солевых растворов
 - 2) гипокалиемия
 - 3) быстрое снижение гликемии
- 30. Причины лактацидотической комы:**
- 1) тяжелые инфекции, дающие гипоксию ткани
 - 2) прием бигуанидов на фоне алкоголя
 - 3) тяжелые заболевания печени и почек
 - 4) все ответы правильные
- 31. Как быстро нужно начинать лечебные мероприятия в случае развития гипогликемии?**
- 1) можно не спешить, т.к. нужно убедиться, что это гипогликемия, подождать пока клиническая картина станет более четкой
 - 2) нужно дождаться, когда придет ответ об уровне глюкозы крови
 - 3) не следует ждать, даже при подозрении на гипогликемию, дать больному сладкое питье, или ввести глюкозу в/в
- 32. Чем опасна затянувшаяся гипогликемическая кома?**
- 1) развитие структурных изменений в ЦНС с последующей энцефалопатией
 - 2) самой большой угрозой является отек мозга с летальным исходом
 - 3) все ответы правильные
- 33. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются все, кроме:**
- 1) высокая гипергликемия
 - 2) гипонатриемия
 - 3) повышение осмолярности крови
- 34. 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
- 35. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется:**
- 1) дыханием Куссмауля, одышкой
 - 2) артериальной гипертензией

- 36. Каковы основные лабораторные критерии диабетического ацидоза?**
- 1) гипергликемия (более 14 ммоль/л)
 - 2) метаболический ацидоз
 - 3) наличие кетоновых тел в крови или моче
 - 4) повышение дефицита анионов
 - 5) все ответы правильные
- 37. Основные клинические признаки диабетического кетоацидоза в начальной стадии все, кроме:**
- 1) полиурия, полидипсия, слабость, утомляемость, снижение аппетита, тошнота, сухость во рту, головная боль
 - 2) запах ацетона в выдыхаемом воздухе
 - 3) тахикардия, глухость тонов, возможно нарушения ритма
 - 4) увеличение печени и ее болезненность
 - 5) отсутствие нарушений микроциркуляции
- 38. Что нужно делать, если на постоянной внутривенной инфузии инсулина, уровень гликемии не снижается?**
- 1) увеличивают дозу инсулина вдвое
 - 2) вводят дополнительно инсулин продленного действия
- 39. Можно ли прекратить инфузию инсулина при нормализации показателей гликемии в условиях ацидоза?**
- 1) нет, нужно уменьшить дозу внутривенной инфузии инсулина приблизительно вдвое
 - 2) да
- 40. Как долго должна продолжаться внутривенная инфузия инсулина?**
- 1) до снижения гликемии до 13 ммоль/л
 - 2) до устранения кетоацидоза

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

- 1. При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиротропного гормона:**
 - 1) подавлена
 - 2) повышена
 - 3) нормальная
- 2. Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы является:**
 - 1) термография
 - 2) сканирование щитовидной железы
 - 3) ультразвуковое исследование
 - 4) определение тиреоидных гормонов в крови
 - 5) определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- 3. Для характеристики функции щитовидной железы более информативно:**
 - 1) определение в крови Т3, Т4, ТТГ
 - 2) лимфография

- 3) определение в крови антител к тиреоглобулину
- 4) ультразвуковое исследование щитовидной железы
- 5) сканирование щитовидной железы

4. Наиболее информативным тестом для диагностики первичного гипотиреоза является:

- 1) определение в крови ТТГ
- 2) определение в крови антител к тиреоглобулину
- 3) проведение УЗИ щитовидной железы
- 4) сканирование щитовидной железы
- 5) определение в крови свободного тироксина

5. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:

- 1) болезненность при пальпации щитовидной железы
- 2) повышение титра антител к тиреоидной пероксидазе
- 3) ускоренное СОЭ
- 4) повышение температуры
- 5) наличие увеличения лимфатических шейных узлов

6. К группе тиреостатиков относится:

- 1) перитол
- 2) мерказолил
- 3) преднизолон
- 4) ретаболил
- 5) анаприлин

7. Для гиперпаратиреоза в биохимическом анализе крови характерно:

- 1) повышение содержания кальция
- 2) снижение паратгормона
- 3) повышение содержания натрия
- 4) снижение содержания кальция
- 5) снижение содержания калия

8. Для подострого тиреоидита не характерно:

- 1) ускоренное СОЭ
- 2) выраженный болевой синдром
- 3) повышение захвата йода щитовидной железой
- 4) лейкоцитоз
- 5) повышение температуры

9. При прогрессирующей эндокринной офтальмопатии необходимо назначить:

- 1) препараты йода
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) тиреоидные гормоны
- 4) β -блокаторы
- 5) мерказолил

10. Первым этапом биосинтеза тиреоидных гормонов является:

- 1) превращение йодидов в молекулярный йод
- 2) захват йода
- 3) йодирование тирозина
- 4) резорбция тиреоглобулина

5) дейодинация

11. При тяжелом гипотиреозе у больных со стенокардией напряжения необходимо:

- 1) начать лечение малыми дозами тиреоидных препаратов
- 2) отказаться от лечения гипотиреоза
- 3) назначить большие дозы тиреоидных гормонов в комбинации с кардиальной терапией
- 4) назначить препараты йода в комбинации с тиреоидными гормонами

12. При длительном некомпенсированном первичном гипотиреозе повышается в крови уровень:

- 1) пролактина
- 2) инсулина
- 3) АКТГ
- 4) Кортизола
- 5) СТГ

13. Для диагностики рака щитовидной железы наиболее целесообразно провести:

- 1) пункционную биопсию
- 2) определение антител к тиреоглобулину
- 3) определение в крови содержания тиреоидных гормонов
- 4) сканирование щитовидной железы
- 5) УЗИ щитовидной железы

14. Для лечения больных с подострым тиреоидитом рекомендуется назначить:

- 1) антибиотики с глюкокортикостероидами
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) мерказолил и глюкокортикостероиды
- 4) мерказолил и тиреоидные гормоны

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

- 1) показатели основного обмена
- 2) йод
- 3) уровень трийодтиронина и тироксина в крови
- 4) содержание в крови холестерина
- 5) йодопоглотительная функция щитовидной железы

16. Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотирозом?

- 1) начать лечение L-тироксином с малых доз
- 2) начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
- 3) назначить мочегонные
- 4) отказаться от лечения гипотироза

17. Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний), прежде всего, вызывает:

- 1) тиреотоксикоз
- 2) брадикардию
- 3) бесплодие
- 4) электролитные сдвиги
- 5) нарушение менструального цикла

18. Что называется "холодным" узлом в щитовидной железе?

- 1) узел, который поглощает радиоактивный изотоп после стимуляции тиреотропным гормоном
- 2) узел, который поглощает радиоактивный изотоп так же, как и окружающая ткань
- 3) эктопированная ткань щитовидной железы
- 4) узел, который не поглощает изотоп
- 5) узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп

19. Абсолютным противопоказанием для применения мерказолила является:

- 1) беременность
- 2) аллергические реакции на йодистые препараты
- 3) гиповолемия
- 4) старческий возраст
- 5) агранулоцитоз

20. При тяжелом гипотиреозе в сочетании со стенокардией второго функционального класса надлежит:

- 1) назначить ТТГ
- 2) начать лечение с малых доз тироксина
- 3) начать лечение с больших доз тироксина
- 4) назначить раствор Люголя
- 5) отказаться от лечения гипотироза

21. При первичном гипотиреозе в крови обнаруживается:

- 1) пониженный уровень ТТГ
- 2) нормальный уровень ТТГ
- 3) ТТГ отсутствует
- 4) исследование ТТГ не имеет диагностической важности
- 5) повышенный уровень ТТГ

22. Больная с диагнозом: диффузный токсический зоб 2-й ст. тиреотоксикоз средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзидан 20 мг 3 раза в день, феназепам по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении:

- 1) высокая доза обзидана
- 2) мерказолил
- 3) дальнейшее прогрессирование заболевания
- 4) ни одна из указанных причин
- 5) прием феназепама

23. Признаком загрудинного зоба не является:

- 1) девиация трахеи на рентгенограмме
- 2) расширение вен шеи
- 3) одышка
- 4) одутловатость лица
- 5) нормальный объем ЩЖ по УЗИ

24. Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:

- 1) эндемический зоб
- 2) спорадический зоб

- 3) струмит де Кервена
- 4) диффузный токсический зоб
- 5) эпидемический зоб

25. У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение у больной?

- 1) тиреотоксический криз
- 2) травма гортанных нервов
- 3) гипопаратироз
- 4) остаточные явления тиреотоксикоза
- 5) гипотиреоз

26. Для поражения сердца при диффузном токсическом зобе не характерно:

- 1) постоянная синусовая тахикардия
- 2) частое развитие мерцания предсердий
- 3) снижение периферического сопротивления
- 4) формирование недостаточности кровообращения
- 5) брадикардия

27. Что характерно для гиперпаратиреоза?

- 1) низкий фосфор, высокий кальций
- 2) нормальный фосфор, низкий кальций
- 3) нормальный фосфор, нормальный кальций
- 4) низкий фосфор и нормальный кальций в крови

28. Какой гормон не регулирует фосфорно-кальциевый обмен в организме?

- 1) паратгормон
- 2) тиреокальцитонин
- 3) 1,25-диоксикальциферол
- 4) тиреотропный гормон

29. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:

- 1) болезненность при пальпации щитовидной железы
- 2) повышение титра антител к тиреоглобулину
- 3) ускоренное СОЭ
- 4) повышение температуры
- 5) наличие увеличения лимфатических шейных узлов

30. При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиротропного гормона:

- 1) нормальная
- 2) подавлена
- 3) повышена

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1. Какой синдром проявляется увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, исхуданием, тахикардией, повышением АД?**
 - 1) гипотиреоз
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) гипокортицизм
 - 4) гиперкортицизм

- 2. Для какого синдрома типичны сухая, морщинистая, холодная, утолщенная кожа, анемия, сужение глазных щелей, утолщение губ, языка, запоры, брадикардия, гипотермия?**
 - 1) гипотиреоз
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) гиперфункция гипофиза
 - 4) гипофункция передней доли гипофиза

- 3. С какой патологией связаны карликовый рост, сохранение детских пропорций тела, недоразвитие полового аппарата, отсутствие вторичных половых признаков?**
 - 1) гипотиреоз
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) гиперфункция гипофиза
 - 4) гипофункция передней доли гипофиза

- 4. При каком синдроме наблюдаются выпадение ресниц, бровей, усов, волос на голове, массивные плотные отеки?**
 - 1) гипотиреоз
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) гиперфункция гипофиза
 - 4) гипофункция передней доли гипофиза
 - 5) хроническая надпочечниковая недостаточность

- 5. При какой патологии кожа гладкая, теплая, нежная на ощупь, с гипергидрозом?**
 - 1) гипотиреоз
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) гиперфункция гипофиза
 - 4) гипофункция передней доли гипофиза
 - 5) сахарный диабет

- 6. Проявлением какой патологии являются психическое возбуждение, неуравновешенность, быстрота смены настроения, постоянное беспокойство?**
 - 1) гипотиреоз
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) гиперфункция гипофиза
 - 4) гипофункция передней доли гипофиза
 - 5) сахарный диабет

- 7. Тонкие руки и ноги, избыточное отложение жира на лице и туловище, "лунообразное" гиперемированное лицо имеют место при:**
 - 1) синдроме Симондса
 - 2) гипофизарном ожирении

- 3) синдроме и болезни Иценко-Кушинга
- 4) половом ожирении

8. О каком генезе ожирения свидетельствует преимущественное отложение жира в области тазового пояса?

- 1) гипофизарное и половое ожирение
- 2) патология надпочечников
- 3) патология щитовидной железы

9. Патология какой железы проявляется расстройством роста?

- 1) эпифиз
- 2) паращитовидные железы
- 3) надпочечники
- 4) гипофиз
- 5) тимус

10. Нарушение функции какой железы сопровождается судорогами нижних, верхних конечностей, преимущественно сгибательных мышц, изменением кальциевого баланса?

- 1) яичники
- 2) паращитовидные железы
- 3) надпочечники
- 4) гипофиз
- 5) тимус

11. Назовите эндокринную железу, при недостатке функции которой наблюдается бронзовая окраска слизистых оболочек и кожи, особенно кожных складок:

- 1) яичники
- 2) паращитовидные железы
- 3) надпочечники
- 4) гипофиз
- 5) тимус

12. Назовите наиболее точные методы оценки функциональной активности щитовидной железы:

- 1) определение кальцитонина сыворотки
- 2) определение йода, связанного с белками
- 3) сканирование щитовидной железы
- 4) определение в крови тиреоидных гормонов
- 5) ультразвуковое исследование

13. Какие сдвиги в содержании тиреотропного гормона, трийодтиронина и тироксина характерны для тиреотоксикоза?

- 1) снижение тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови и повышение уровня тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3)
- 2) нормальное содержание ТТГ и снижение уровня Т3 и Т4 в сыворотке крови
- 3) повышенное содержание ТТГ и снижение уровня Т3 и Т4 в сыворотке крови
- 4) нормальное содержание ТТГ, Т3 и Т4 в сыворотке крови

14. Какие сдвиги в содержании тиреотропного гормона, трийодтиронина и тироксина характерны для гипотиреоза?

- 1) снижение тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови и повышение уровня тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3)
- 2) нормальное содержание ТТГ и снижение уровня Т3 и Т4 в сыворотке крови
- 3) повышенное содержание ТТГ и снижение уровня Т3 и Т4 в сыворотке крови
- 4) нормальное содержание ТТГ, Т3 и Т4 в сыворотке крови

15. Для гипертиреоза характерны все симптомы, кроме одного:

- 1) увеличения объема щитовидной железы
- 2) тахикардии
- 3) пучеглазия; похудания
- 4) гипотермии

16. Какой симптом не характерен для гипотиреоза?

- 1) выпадение волос
- 2) запоры
- 3) брадикардия; анемия
- 4) гипергидроз

17. Какие симптомы характерны для офтальмопатии при патологии щитовидной железы?

- 1) распирающее и давление за глазами
- 2) экзофтальм
- 3) слезотечение, ощущение песка в глазах
- 4) инъекции сосудов склер, отек и инфильтрация век
- 5) все вышеперечисленное

18. Укажите название глазного симптома, характеризующегося двухсторонним расширением глазной щели, создающего впечатление каленного взгляда:

- 1) Дальримпля
- 2) Кохера
- 3) Грефе
- 4) Штельвага
- 5) Крауса
- 6) Мебиуса

19. Название глазного симптома, проявляющегося блеском глаз:

- 1) Дальримпля
- 2) Кохера
- 3) Грефе
- 4) Штельвага
- 5) Крауса
- 6) Мебиуса

20. Название глазного симптома, проявляющегося редким миганием:

- 1) Дальримпля
- 2) Кохера
- 3) Грефе
- 4) Штельвага
- 5) Крауса
- 6) Мебиуса

21. Какой симптом проявляется отставанием верхнего века от радужной оболочки при движении глазного яблока вниз?

- 1) Дальримпля
- 2) Кохера
- 3) Грефе
- 4) Штельвага
- 5) Крауса
- 6) Мебиуса

22. Какой симптом проявляется нарушением конвергенции глазных яблок?

- 1) Дальримпля
- 2) Кохера
- 3) Грефе
- 4) Штельвага
- 5) Крауса
- 6) Мебиуса

23. Какой симптом характеризуется обнажением белой полоски склеры между краем верхнего века и краем роговой оболочки при фиксации предмета, перемещающегося вверх?

- 1) Дальримпля
- 2) Кохера
- 3) Грефе
- 4) Штельвага
- 5) Крауса
- 6) Мебиуса

24. Укажите признаки тиреотоксикоза I степени:

- 1) снижение основного обмена на 50%, низкое поглощение ^{131}I щитовидной железой после приема его индикаторных доз, снижение уровня йода, связанного с белком
- 2) умеренное снижение веса до 10%, тахикардия до 100 в мин, основной обмен не превышает +30%
- 3) потери массы тела до 20%, ЧСС - 100--120 в мин, основной обмен повышен от +30 до +60%
- 4) прогрессирующее снижение массы тела на 30% и более, тахикардия более 120 в мин, основной обмен повышен более чем на 60%

25. Укажите признаки тиреотоксикоза II степени:

- 1) снижение основного обмена на 50%, низкое поглощение ^{131}I щитовидной железой после приема его индикаторных доз, снижение уровня йода, связанного с белком
- 2) умеренное снижение веса до 10%, тахикардия до 100 в мин, основной обмен не превышает +30%
- 3) потеря массы тела до 20%, ЧСС - 100-120 мин, основной обмен повышен от +30 до +60%
- 4) прогрессирующее снижение массы тела на 30% и более, тахикардия более 120 в мин, основной обмен повышен более чем на 60%

26. Укажите признаки тиреотоксикоза III степени:

- 1) снижение основного обмена на 50%, низкое поглощение ^{131}I щитовидной железой после приема его индикаторных доз, снижение уровня йода, связанного с белком
- 2) умеренное снижение веса до 10%, тахикардия до 100 в мин, основной обмен не превышает +30%

- 3) потеря массы тела до 20%, ЧСС - 100-120 в мин, основной обмен повышен от +30 до +60%
- 4) прогрессирующее снижение массы тела на 30% и более, тахикардия более 120 в мин, основной обмен повышен более чем на 60%

27. Укажите признаки гипотиреоза:

- 1) снижение основного обмена на 50%, низкое поглощение ¹³¹I щитовидной железой после приема его индикаторных доз, снижение уровня йода, связанного с белком
- 2) умеренное снижение веса до 10%, тахикардия до 100 в мин, основной обмен не превышает +30%
- 3) потеря массы тела до 20%, ЧСС - 100-120 в мин, основной обмен повышен от +30 до +60%
- 4) прогрессирующее снижение массы тела на 30% и более, тахикардия более 120 в мин, основной обмен повышен более чем на 60%

28. Что характерно для гиперпаратиреоза?

- 1) низкий фосфор, высокий кальций
- 2) нормальный фосфор, низкий кальций
- 3) нормальный фосфор, нормальный кальций
- 4) низкий фосфор и нормальный кальций в крови

29. Признаком за грудинного зоба является:

- 1) девиация трахеи на рентгенограмме
- 2) расширение вен шеи
- 3) одышка
- 4) одутловатость лица
- 5) всё вышеперечисленное верно

30. Для гипотиреоза характерны все лабораторные признаки, кроме:

- 1) снижения синтеза белка
- 2) умеренной гипогликемии
- 3) гиперхолестеринемии
- 4) гипохолестеринемии

31. Для какого заболевания щитовидной железы характерно повышение уровня тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) с одновременным снижением уровня тиреотропного гормона?

- 1) гипотериоз
- 2) диффузный токсический зоб
- 3) эутиреоидный зоб

32. Для гипотиреоза характерны все ЭКГ-признаки, кроме:

- 1) повышения вольтажа
- 2) снижения вольтажа
- 3) замедления проводимости
- 4) синусовой брадикардии

33. При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиротропного гормона:

- 1) подавлена
- 2) повышена
- 3) нормальная

34. Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы является:

- 1) термография
- 2) сканирование щитовидной железы
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) определение тиреоидных гормонов в крови
- 5) определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой

35. Для характеристики функции щитовидной железы более информативно:

- 1) определение в крови Т3, Т4, ТТГ
- 2) лимфография
- 3) определение в крови антител к тиреоглобулину
- 4) ультразвуковое исследование щитовидной железы
- 5) сканирование щитовидной железы

36. Наиболее информативным тестом для диагностики первичного гипотиреоза является:

- 1) определение в крови ТТГ
- 2) определение в крови антител к тиреоглобулину
- 3) проведение УЗИ щитовидной железы
- 4) сканирование щитовидной железы
- 5) определение в крови свободного тироксина

37. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:

- 1) болезненность при пальпации щитовидной железы
- 2) повышение титра антител к тиреоидной пероксидазе
- 3) ускоренное СОЭ
- 4) повышение температуры
- 5) наличие увеличения лимфатических шейных узлов

38. К группе тиреостатиков относится:

- 1) перитол
- 2) мерказолил
- 3) преднизолон
- 4) ретаболил
- 5) анаприлин

39. Для гиперпаратиреоза в биохимическом анализе крови характерно:

- 1) повышение содержания кальция
- 2) снижение паратгормона
- 3) повышение содержания натрия
- 4) снижение содержания кальция
- 5) снижение содержания калия

40. Для подострого тиреоидита не характерно:

- 1) ускоренное СОЭ
- 2) выраженный болевой синдром
- 3) повышение захвата йода щитовидной железой
- 4) лейкоцитоз
- 5) повышение температуры

- 41. При прогрессирующей эндокринной офтальмопатии необходимо назначить:**
- 1) препараты йода
 - 2) глюкокортикостероиды
 - 3) тиреоидные гормоны
 - 4) β -блокаторы
 - 5) мерказолил
- 42. Первым этапом биосинтеза тиреоидных гормонов является:**
- 1) превращение йодидов в молекулярный йод
 - 2) захват йода
 - 3) йодирование тирозина
 - 4) резорбция тиреоглобулина
 - 5) дейодинация
- 43. При тяжелом гипотиреозе у больных со стенокардией напряжения необходимо:**
- 1) начать лечение малыми дозами тиреоидных препаратов
 - 2) отказаться от лечения гипотиреоза
 - 3) назначить большие дозы тиреоидных гормонов в комбинации с кардиальной терапией
 - 4) назначить препараты йода в комбинации с тиреоидными гормонами
- 44. При длительном некомпенсированном первичном гипотиреозе повышается в крови уровень:**
- 1) пролактина
 - 2) инсулина
 - 3) АКТГ
 - 4) кортизола
 - 5) СТГ
- 45. Для диагностики рака щитовидной железы наиболее целесообразно провести:**
- 1) пункционную биопсию
 - 2) определение антител к тиреоглобулину
 - 3) определение в крови содержания тиреоидных гормонов
 - 4) сканирование щитовидной железы
 - 5) УЗИ щитовидной железы
- 46. Для лечения больных с подострым тиреоидитом рекомендуется назначить:**
- 1) антибиотики с глюкокортикостероидами
 - 2) глюкокортикостероиды
 - 3) мерказолил и глюкокортикостероиды
 - 4) мерказолил и тиреоидные гормоны
 - 5) антибиотики
- 47. Наиболее информативным дифференциально-диагностическим критерием тиротоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является:**
- 1) показатели основного обмена
 - 2) белковосвязанный йод
 - 3) уровень трийодтиронина и тироксина в крови
 - 4) содержание в крови холестерина
 - 5) йодопоглотительная функция щитовидной железы

48. Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотирозом?

- 1) начать лечение L-тироксина с малых доз
- 2) начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
- 3) назначить мочегонные
- 4) отказаться от лечения гипотироза
- 5) направить в санаторий на бальнеологическое лечение

49. Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает:

- 1) тиреотоксикоз
- 2) брадикардию
- 3) бесплодие
- 4) электролитные сдвиги
- 5) нарушение менструального цикла

50. Что называется "холодным" узлом в щитовидной железе?

- 1) узел, который поглощает радиоактивный изотоп после стимуляции тиреотропным гормоном
- 2) узел, который поглощает радиоактивный изотоп так же, как и окружающая ткань
- 3) эктопированная ткань щитовидной железы
- 4) узел, который не поглощает изотоп
- 5) узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп

51. Абсолютным противопоказанием для применения мерказолила является:

- 1) беременность
- 2) аллергические реакции на йодистые препараты
- 3) гиповолемия
- 4) старческий возраст
- 5) агранулоцитоз

52. При тяжелом гипотиреозе в сочетании со стенокардией второго функционального класса надлежит:

- 1) назначить ТТГ
- 2) начать лечение с малых доз тироксина
- 3) начать лечение с больших доз тироксина
- 4) назначить раствор Люголя
- 5) отказаться от лечения гипотироза

53. При первичном гипотирозе в крови обнаруживается:

- 1) пониженный уровень ТТГ
- 2) нормальный уровень ТТГ
- 3) ТТГ отсутствует
- 4) исследование ТТГ не имеет диагностической важности
- 5) повышенный уровень ТТГ

54. Больная с диагнозом: диффузный токсический зоб 2-й ст. средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзидан 20 мг 3 раза в день, феназепам по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении:

- 1) высокая доза обзидана
- 2) мерказолил
- 3) дальнейшее прогрессирование заболевания

- 4) ни одна из указанных причин
- 5) прием феназепама

55. Признаком загродинного зоба является:

- 1) девиация трахеи на рентгенограмме
- 2) расширение вен шеи
- 3) одышка
- 4) одутловатость лица
- 5) все вышеперечисленное верно

56. Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:

- 1) эндемический зоб
- 2) спорадический зоб
- 3) струмит де Кервена
- 4) диффузный токсический зоб
- 5) эпидемический зоб

57. У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение у больной?

- 1) тиреотоксический криз
- 2) травма гортанных нервов
- 3) гипопаратироз
- 4) остаточные явления тиреотоксикоза
- 5) гипотиреоз

58. Для поражения сердца при диффузном токсическом зобе характерно:

- 1) постоянная синусовая тахикардия
- 2) частое развитие мерцания предсердий
- 3) снижение периферического сопротивления
- 4) формирование недостаточности кровообращения
- 5) все перечисленное верно

59. Что характерно для гиперпаратиреоза?

- 1) низкий фосфор, высокий кальций
- 2) нормальный фосфор, низкий кальций
- 3) нормальный фосфор, нормальный кальций
- 4) низкий фосфор и нормальный кальций в крови

60. Какие гормоны регулируют фосфорно-кальцевый обмен в организме?

- 1) паратгормон
- 2) тиреокальцитонин
- 3) 1,25-диоксикальциферол
- 4) все ответы правильные

ОЖИРЕНИЕ

1. **Ожирением считается превышение индекса массы тела во всех случаях, кроме:**
 - 1) ≥ 30 кг/м²
 - 2) ≥ 35 кг/м²
 - 3) ≥ 40 кг/м²
 - 4) ≥ 25 кг/м², но < 30 кг/м²

2. **Как определить, имеется ли ожирение?**
 - 1) измерить толщину жировой клетчатки
 - 2) определить содержание липидов в сыворотке крови
 - 3) рассчитать индекс массы тела
 - 4) подсчитать количество адипоцитов

3. **Представляет ли ожирение опасность для здоровья?**
 - 1) предрасполагает к заболеваниям сердечно-сосудистой системы
 - 2) риск развития сахарного диабета.
 - 3) метаболический синдром.
 - 4) заболевания печени
 - 5) сокращает продолжительность жизни
 - 6) все ответы правильные

4. **Факторы риска развития ожирения все, кроме:**
 - 1) отягощенный семейный анамнез
 - 2) возраст
 - 3) малоподвижный образ жизни
 - 4) хронический стресс
 - 5) частые приемы пищи
 - 6) прием пищи не более 2 раз в сутки

5. **Какой тип ожирения несет наибольшие риски для здоровья?**
 - 1) пропорциональное ожирение.
 - 2) верхний тип ожирения
 - 3) средний тип, висцеральный
 - 4) нижний тип, женский

6. **Высокая распространенность ожирения в развитых странах объясняется:**
 - 1) наличием сбалансированного регулярного питания
 - 2) недостатком в рационе питания белка
 - 3) избытком жира в рационе питания
 - 4) недостатком в рационе питания клетчатки
 - 5) недостатком витаминов группы В и Д

7. **Ожирение редко наблюдается при:**
 - 1) адипозо-генитальной дистрофии
 - 2) гипотиреозе
 - 3) болезни Иценко-Кушинга
 - 4) гипокортицизме
 - 5) гипогонадизме

8. **Для эссенциального ожирения характерно все, кроме:**
 - 1) гиперинсулинизм

- 2) гипоинсулинизм и гипопролактинемия
- 3) гиперкортицизм
- 4) снижение секреции СТГ

9. Для ожирения характерно:

- 1) повышение уровня холестерина и триглицеридов
- 2) повышение ЛПВП
- 3) снижение ЛПНП
- 4) снижение уровня постпрандиальных ТГ
- 5) снижение уровня СЖК

10. При ожирении развиваются следующие сердечно-сосудистые осложнения:

- 1) повышение артериального давления
- 2) прогрессирование атеросклероза коронарных сосудов
- 3) гипертрофия левого желудочка
- 4) все ответы правильные

11. При ожирении развиваются следующие осложнения со стороны ЖКТ:

- 1) желчнокаменная болезнь
- 2) растяжение желудка
- 3) жировая инфильтрация печени
- 4) все ответы правильные

12. При ожирении часто имеют место следующие заболевания эндокринной системы все, кроме:

- 1) НТГ или сахарный диабет 2 типа
- 2) бесплодие
- 3) нарушения менструального цикла
- 4) гипокортицизм и гипопаратиреоз

13. Ожирение часто сочетается со следующими заболеваниями:

- 1) псориаз
- 2) сахарный диабет 2 типа, ИБС
- 3) витилиго
- 4) бронхиальная астма

14. В лечении сахарного диабета легкого течения применяется:

- 1) диета
- 2) диета с пероральными сахароснижающими препаратами
- 3) диета с пероральными сахароснижающими препаратами и инсулином

15. Калорийность диеты больного ожирением рассчитывают, исходя из:

- 1) реальной массы тела
- 2) идеальной массы тела
- 3) физической нагрузки
- 4) возраста
- 5) наличия сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта

16. Основное патогенетическое значение для формирования МС имеют все, кроме:

- 1) инсулинорезистентность
- 2) снижение уровня половых гормонов и атерогенная дислипидемия
- 3) циркуляция провоспалительных цитокинов

17. Какого рода рекомендации по питанию должен получить больной с ожирением?

- 1) может вообще ничего не ограничивать в еде
- 2) диета должна быть субкалорийной, но сбалансированной по белкам, жирам и углеводам
- 3) голодание короткими периодами
- 4) снижение калорийности с достижением ежедневного дефицита калорий, ограничение жиров

18. Что рекомендовать больному с ожирением?

- 1) диету с повышенным содержанием калорий
- 2) ограничение физических нагрузок
- 3) изменения образа жизни и привычек
- 4) быстро потерять 20 кг за месяц, а затем удерживать этот вес
- 5) применение аноректиков в начале лечения в случае гиперфагии

19. Может ли помочь в лечении ожирения липосакция?

- 1) да, это единственный радикальный метод
- 2) нет, жир после липосакции со временем восстанавливается

20. Как следует относиться к хирургическим методам лечения ожирения?

- 1) отрицательно
- 2) можно рекомендовать каждому, кто желает того
- 3) допустимы в случае морбидного ожирения, не поддающегося традиционным методам лечения

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

1. Перечислите неотложные состояния, наиболее часто встречающиеся в клинике эндокринных заболеваний:

- 1) диабетический кетоацидоз, гипогликемическая кома
- 2) гиперосмолярная кома
- 3) лактацидотическая кома
- 4) гипотиреоидная кома

2. Основные клинические признаки декомпенсации сахарного диабета все, кроме:

- 1) синдром полиурии-полидипсии
- 2) повышенный аппетит и повышенное потоотделение
- 3) усталость
- 4) мышечная слабость
- 5) запах ацетона

3. Назовите основную причину диабетического кетоацидоза:

- 1) абсолютный дефицит инсулина
- 2) грубое нарушение диеты
- 3) увеличение потребности в инсулине
- 4) потеря дозы или неправильное введение инсулина

4. Какие дополнительные тесты подтверждают наличие кетоацидоза, помимо определения ацетона в моче?

- 1) РН крови
- 2) уровень билирубина
- 3) все ответы правильные

5. Субфебрильная температура тела у больных в диабетической прекоме и коме свидетельствует:

- 1) о хорошей иммунной защите организма
- 2) о том, что причиной кетоацидоза является какая-то инфекция
- 3) обычная реакция организма в ответ на декомпенсацию сахарного диабета

6. О чем свидетельствует лейкоцитоз и сдвиг формулы влево в прекоме и диабетической коме?

- 1) признак инфекции
- 2) м.б. ответом на стресс и не всегда является показателем инфекции

7. Ваша тактика в случае комы и прекомы:

- 1) наблюдение в домашних условиях, коррекция действий по телефону
- 2) экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии на фоне внутривенного введения физиологического раствора, во избежание развития гиповолемического шока и коллапса

8. Признаком чего является нарастание лейкоцитоза на фоне регидратации у больного в прекоме и диабетической коме?

- 1) хорошей иммунной защиты
- 2) тяжести метаболических изменений
- 3) инфекции или острого воспалительного процесса

9. Перечислите лабораторные показатели, которые необходимы для мониторинга при выведении больного из диабетической прекомы и комы:

- 1) ежечасное определение глюкозы крови.
- 2) определение РН крови
- 3) уровень электролитов крови (К, Na, Cl)
- 4) определение АД
- 5) уровень мочевины и креатинина
- 6) всё вышеперечисленное

10. Как часто следует наблюдать больного в диабетическом кетоацидозе и коме?

- 1) каждые 30-60 минут
- 2) каждые 2 часа
- 3) каждые 3 часа

11. Следует опасаться в первую очередь при выведении больного из диабетической прекомы и комы всего, кроме:

- 1) гипотонии и коллапса
- 2) гипокалиемии
- 3) гиперкалиемии и острой гипоксии почек
- 4) отека головного мозга

- 12. Как предпочтительно проводить инсулинотерапию в диабетической прекоме и коме?**
- 1) непрерывная инфузия инсулина короткого действия в/венно в дозе 0,1 ЕД/кг/час
 - 2) в/мышечное введение инсулина до устранения кетоацидоза
 - 3) подкожное введение 6-8 ЕД инсулина короткого действия 6 раз в сутки
- 13. Что свидетельствует об устранении кетоацидоза?**
- 1) исчезновение ацетона в моче
 - 2) нормализация РН в крови
- 14. Назовите причины отека легких при лечении диабетической комы:**
- 1) избыточное введение солевых растворов
 - 2) гипокалиемия
 - 3) быстрое снижение гликемии
- 15. Можно ли предсказать возможность отека мозга?**
- 1) да, можно
 - 2) нет клинических признаков, указывающих на высокий риск развития отека мозга
- 16. Причины лактацидотической комы:**
- 1) тяжелые инфекции, дающие гипоксию в ткани
 - 2) прием бигуанидов на фоне алкоголя
 - 3) тяжелые заболевания печени и почек
 - 4) всё вышеперечисленное
- 17. Представляет ли опасность часто повторяющиеся легкие гипогликемические реакции?**
- 1) нет, не представляют
 - 2) да, они вредны, поскольку способствуют развитию микроангиопатии и диабетической энцефалопатии
- 18. Как быстро нужно начинать лечебные мероприятия в случае развития гипогликемии?**
- 1) можно не спешить, т.к. нужно убедиться, что это гипогликемия, подождать пока клиническая картина станет более четкой
 - 2) нужно дождаться, когда придет ответ об уровне глюкозы крови
 - 3) не следует ждать, даже при подозрении на гипогликемию, дать больному сладкое питье, или ввести глюкозу в/венно
- 19. Чем опасна затянувшаяся гипогликемическая кома?**
- 1) развитие структурных изменений в ЦНС с последующей энцефалопатией
 - 2) самой большой угрозой является отек мозга с летальным исходом
 - 3) все ответы правильные
- 20. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются все, кроме:**
- 1) высокая гипергликемия
 - 2) гипонатриемия
 - 3) повышение осмолярности крови

21. 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

22. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется:

- 1) дыханием Куссмауля, одышкой
- 2) выраженной артериальной гипертензией

23. Основные лабораторные критерии диабетического ацидоза все, кроме:

- 1) гипергликемия (более 14 ммоль/л)
- 2) метаболический ацидоз
- 3) наличие кетоновых тел в крови или моче
- 4) повышение уровня лактата (более 1,2 ммоль/л) и смещение соотношения лактат/пируват (более 10/1)
- 5) повышение дефицита анионов

24. Перечислите основные клинические признаки диабетического кетоацидоза в начальной стадии:

- 1) полиурия, полидипсия, слабость, утомляемость, снижение аппетита, тошнота, сухость во рту, головная боль, запах ацетона в выдыхаемом воздухе
- 2) тахикардия, глухость тонов, возможно нарушения ритма
- 3) увеличение печени и ее болезненность
- 4) отсутствие обезвоживания
- 5) отсутствие нарушений микроциркуляции

25. Что нужно делать, если на постоянной внутривенной инфузии инсулина, уровень гликемии не снижается?

- 1) увеличивают дозу инсулина вдвое
- 2) вводят дополнительно инсулин продленного действия

26. Можно ли прекратить инфузию инсулина при нормализации показателей гликемии в условиях ацидоза?

- 1) нет, нужно уменьшить дозу внутривенной инфузии инсулина приблизительно вдвое
- 2) да

27. Как долго должна продолжаться внутривенная инфузия инсулина?

- 1) до нормализации гликемии
- 2) до устранения кетоацидоза
- 3) до снижения гликемии до 13 ммоль/л

28. Допустимая скорость снижения гликемии при выведении из диабетической комы:

- 1) не более 3,5-4 ммоль/л в час
- 2) 10 ммоль/л в час

29. Какая из стадий кетоацидоза не соответствует действительности?

- 1) стадия умеренного кетоацидоза
- 2) стадия пролонгированного кетоацидоза
- 3) стадия кетоацидотической прекомы

4) стадия кетоацидотической комы

30. Какие осложнения возможны на фоне лечения диабетической прекомы и комы?

- 1) гиповолемический шок (падение АД, коллапс)
- 2) развитие и прогрессирование инфекции (сепсис)
- 3) отек легких
- 4) отек мозга
- 5) всё вышеперечисленное

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

1. Секрция альдостерона усиливается при непосредственном влиянии на его рецепторы:

- 1) ангиотензина-1
- 2) ренина
- 3) дезоксикортикостерона
- 4) ангиотензина-2
- 5) прогестерона

2. В генезе артериальной гипертензии при болезни Иценко-Кушинга важную роль играет:

- 1) активация симпато-адреналовой системы
- 2) развитие вторичного альдостеронизма
- 3) задержка в организме натрия
- 4) нарушение обмена кальция
- 5) повышенное выделение с мочой калия

3. Ренин-ангиотензинная система регулирует:

- 1) почечный кровоток
- 2) скорость секреции альдостерона
- 3) секрецию кортизола
- 4) гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему

4. При первичном гиперальдостеронизме характерно в анализе мочи:

- 1) глюкозурия
- 2) щелочная реакция
- 3) цилиндрурия
- 4) гематурия
- 5) повышение удельного веса

5. Артериальная гипертензия не является характерным симптомом:

- 1) кортикостеромы
- 2) гипокортицизма
- 3) болезни Иценко-Кушинга
- 4) феохромоцитомы
- 5) альдостеромы

- 6. Причиной повышения артериального давления при гиперкортицизме является:**
- 1) повышенная выработка катехоломинов
 - 2) задержка в организме натрия и увеличение объема циркулирующей крови
 - 3) усиление сосудистого тонуса
 - 4) сужение почечных артерий
 - 5) наличие аденомы щитовидной железы
- 7. Первым клиническим симптомом первичного гиперальдостеронизма является:**
- 1) головная боль
 - 2) субфебрилитет
 - 3) приступы резкой мышечной слабости
 - 4) жажда
 - 5) одышка
- 8. Женщина 60 лет предъявила жалобы на жажду, полиурию, похудание, боли в животе, потливость по ночам. АД-185/105 мм рт. ст. После внутривенного введения 10мг тропифена – 70/40 мм рт. ст. Предположительный диагноз:**
- 1) синдром Иценко-Кушинга
 - 2) болезнь Иценко-Кушинга
 - 3) климактерический невроз
 - 4) феохромоцитома
 - 5) вегето-сосудистая дистония
- 9. В отличие от гипертонической болезни для феохромоцитомы более типично:**
- 1) развитие у лиц молодого возраста
 - 2) неэффективность гипотензивной терапии мочегонными
 - 3) сочетание гипертонического криза с повышением t тела
 - 4) повышение уровня катехоломинов и ванилилминдальной кислоты в моче
 - 5) ортостатическая гипотензия
 - 6) все ответы правильные
- 10. Как называется система регуляции секреции гормонов аденогипофиза в зависимости от уровня гормонов периферических желез?**
- 1) система обратной связи
 - 2) рибант эффект

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (гинекологи)

- 1. Гестационный диабет...**
- 1) имеет место у пациентов с избыточным питанием
 - 2) имеет место у больных диабетом в период беременности
 - 3) нарушение углеводного обмена, которое возникает или впервые распознается во время беременности
- 2. Оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ):**
- 1) обычно используется нагрузка 55г глюкозы
 - 2) проводится в 1-ом триместре при концентрации глюкозы крови натощак 4.4 -5.3 ммоль/л (капиллярная кровь), обычно используют нагрузку - 75 г глюкозы

- 3) проводится в 1-ом триместре при концентрации глюкозы крови натощак 5,3 -6,0 ммоль/л (капиллярная кровь)

3. Укажите факторы риска гестационного сахарного диабета:

- 1) возраст старше 25 лет
- 2) возраст старше 30 лет, ИМТ более 25 кг/м²
- 3) ИМТ менее 20 кг/м²
- 4) рождение детей весом менее 4000 г или более 2500 г.

4. Уровень базальной гликемии у беременных в 1-ом триместре беременности:

- 1) 3,33- 5,55 ммоль/л
- 2) 3,5- 6,0 ммоль/л
- 3) 3,3- 4,4 ммоль/л
- 4) нет правильного ответа

5. Уровень базальной гликемии у беременных в 2-3-ом триместрах беременности:

- 1) до 5,3 ммоль/л
- 2) до 6,0 ммоль/л
- 3) до 4,4 ммоль/л
- 4) нет правильного ответа

6. Уровень постпрандиальной гликемии у беременных в 1-ом триместре беременности:

- 1) до 6,5 ммоль/л
- 2) до 6,1 ммоль/л
- 3) до 7,0 ммоль/л
- 4) нет правильного ответа

7. Уровень постпрандиальной гликемии у беременных в 2-3 -ом триместрах беременности:

- 1) до 8,0 ммоль/л
- 2) до 7,6 ммоль/л
- 3) до 11,1 ммоль/л
- 4) нет правильного ответа

8. Назовите критерий удовлетворительной компенсации углеводного обмена по уровню гликированного гемоглобина при гестационном сахарном диабете:

- 1) 11,1%
- 2) 7,0 %
- 3) 7,5 %
- 4) 6,0 %

9. В лечении гестационного сахарного диабета применяются :

- 1) диета
- 2) физические нагрузки
- 3) инсулинотерапия
- 4) все перечисленное верно

10. Инсулинотерапия при гестационном сахарном диабете назначается во всех случаях, кроме:

- 1) при уровне тощачевой гликемии выше 5,3 ммоль/л
- 2) при неэффективности диетотерапии

- 3) в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами
- 4) частым введением инсулина короткого действия
- 5) комбинацией инсулинов короткой и средней продолжительности действия

ОТВЕТЫ

Надпочечники

1 – 3	41 – 2
2 – 1	42 – 2
3 – 1	43 – 2
4 – 4	44 – 1
5 – 4	45 – 4
6 – 1	46 – 4
7 – 2	47 – 1
8 – 2	48 – 2
9 – 2	49 – 5
10 – 4	50 – 2
11 – 3	51 – 5
12 – 4	52 – 4
13 – 4	53 – 1
14 – 1	54 – 4
15 – 2	55 – 2
16 – 2	56 – 2
17 – 5	57 – 1
18 – 1	58 – 2
19 – 4	59 – 3
20 – 2	60 – 2
21 – 1	61 – 2
22 – 3	62 – 2
23 – 4	63 – 2
24 – 1	64 – 2
25 – 5	65 – 5
26 – 2	66 – 1
27 – 1	67 – 3
28 – 1	68 – 4
29 – 4	69 – 2
30 – 4	70 – 5
31 – 1	71 – 3
32 – 1	72 – 3
33 – 1	73 – 4
34 – 2	74 – 3
35 – 2	75 – 4
36 – 4	76 – 1
37 – 1	77 – 1
38 – 5	78 – 5
39 – 1	79 – 5
40 – 4	80 – 4

Сахарный диабет №1

1 – 1	16 – 1
2 – 3	17 – 1
3 – 3	18 – 1
4 – 2	19 – 3
5 – 2	20 – 4
6 – 3	21 – 3
7 – 2	22 – 3
8 – 3	23 – 2
9 – 4	24 – 2
10 – 1	25 – 2
11 – 1	26 – 2
12 – 3	27 – 5
13 – 2	28 – 5
14 – 5	29 – 1
15 – 1	30 – 4

Сахарный диабет №2

1 – 1	31 – 3
2 – 2	32 – 1
3 – 2	33 – 3
4 – 3	34 – 3
5 – 1	35 – 1
6 – 2	36 – 3
7 – 3	37 – 3
8 – 2	38 – 3
9 – 1	39 – 1
10 – 1	40 – 5
11 – 1	41 – 4
12 – 2	42 – 1
13 – 1	43 – 1
14 – 1	44 – 4
15 – 2	45 – 3
16 – 5	46 – 1
17 – 4	47 – 1
18 – 3	48 – 3
19 – 5	49 – 2
20 – 1	50 – 4
21 – 2	51 – 1
22 – 2	52 – 1
23 – 3	53 – 2
24 – 4	54 – 4
25 – 3	55 – 3
26 – 6	56 – 2
27 – 4	57 – 5
28 – 1	58 – 1
29 – 1	59 – 2
30 – 1	60 – 1

Сахарный диабет №3

1 – 1	22 – 4
2 – 3	23 – 3
3 – 5	24 – 4
4 – 2	25 – 1
5 – 5	26 – 2
6 – 1	27 – 5
7 – 3	28 – 1
8 – 1	29 – 1
9 – 4	30 – 3
10 – 1	31 – 3
11 – 1	32 – 3
12 – 5	33 – 5
13 – 1	34 – 1
14 – 1	35 – 3
15 – 1	36 – 3
16 – 2	37 – 2
17 – 2	38 – 3
18 – 1	39 – 1
19 – 2	40 – 4
20 – 2	
21 – 3	

Сахарный диабет. Комы

1 -3	21 – 1
2 – 1	22 – 2
3 – 3	23 – 3
4 – 4	24 – 6
5 – 5	25 – 1
6 – 2	26 – 4
7 – 2	27 – 1
8 – 2	28 – 2
9 – 3	29 – 1
10 – 1	30 – 4
11 – 2	31 – 3
12 – 2	32 – 3
13 – 5	33 – 2
14 – 4	34 – 4
15 – 4	35 – 1
16 – 5	36 – 5
17 – 1	37 – 5
18 – 5	38 – 1
19 – 3	39 – 1
20 – 2	40 – 1

Заболевания щитовидной железы

1 – 2	31 – 2
2 – 1	32 – 1
3 – 4	33 – 1
4 – 1	34 – 3
5 – 2	35 – 1
6 – 2	36 – 1
7 – 3	37 – 2
8 – 1	38 – 2
9 – 4	39 – 1
10 – 2	40 – 3
11 – 3	41 – 2
12 – 4	42 – 2
13 – 1	43 – 1
14 – 3	44 – 1
15 – 4	45 – 1
16 – 4	46 – 2
17 – 5	47 – 3
18 – 1	48 – 1
19 – 5	49 – 1
20 – 4	50 – 4
21 – 3	51 – 5
22 – 6	52 – 2
23 – 2	53 – 5
24 – 2	54 – 2
25 – 3	55 – 5
26 – 4	56 – 1
27 – 1	57 – 3
28 – 1	58 – 5
29 – 5	59 – 1
30 – 4	60 – 4

Щитовидная железа

1 – 1	16 – 1
2 – 3	17 – 1
3 – 1	18 – 4
4 – 1	19 – 5
5 – 2	20 – 2
6 – 2	21 – 5
7 – 1	22 – 2
8 – 3	23 – 5
9 – 2	24 – 1
10 – 2	25 – 3
11 – 1	26 – 5
12 – 1	27 – 1
13 – 1	28 – 4
14 – 2	29 – 2
15 – 3	30 – 2

Ожирение

1 – 4	11 – 4
2 – 3	12 – 4
3 – 6	13 – 2
4 – 5	14 – 1
5 – 3	15 – 2
6 – 3	16 – 2
7 – 4	17 – 4
8 – 2	18 – 3
9 – 1	19 – 2
10 – 4	20 – 3

Неотложные состояния

1 – 1	16 – 4
2 – 2	17 – 2
3 – 1	18 – 3
4 – 1	19 – 3
5 – 2	20 – 2
6 – 1	21 – 4
7 – 2	22 – 1
8 – 3	23 – 4
9 – 6	24 – 1
10 – 1	25 – 1
11 – 3	26 – 1
12 – 1	27 – 3
13 – 2	28 – 1
14 – 1	29 – 2
15 – 1	30 – 5

Артериальная гипертензия

1 – 4
2 – 3
3 – 2
4 – 2
5 – 2
6 – 2
7 – 3
8 – 4
9 – 6
10 – 1

Гестационный сахарный диабет (гинекологи)

1 – 3
2 – 2
3 – 2
4 – 3
5 – 1
6 – 2
7 – 2
8 – 4
9 – 4
10 – 3