**Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии КГМА им. И.К.Ахунбаева**

**Вступительные тесты по специальности «Врач-эндокринолог»**

**2018-2019 уч. год.**

Составили: д.м.н., проф. Молдобаева М.С., ст.преп. Аттокурова Р.М., асс. Виноградова А.В., к/о Красницкая М.В.

1. Для характеристики функции щитовидной железы более информативно:

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

2. Для хронического аутоиммунного тиреоидита характерно:

1. наличие увеличения лимфатических шейных узлов
2. болезненность при пальпации
3. повышение титра антител к тиреоглобулину
4. усиленное СОЭ
5. повышение температуры

3. При гиперкетонемической коме дыхание:

1. редкое, поверхностное
2. частое, глубокое
3. глубокое, редкое, шумное
4. частое, поверхностное
5. поверхностное

4. К группе тиреостатиков относится:

1. Анаприлин
2. Перитол
3. Мерказолил
4. Преднизолон
5. Ретоболил

5. Для диагностики рака щитовидной железы наиболее целесообразно провести:

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

6. При хронической надпочечниковой недостаточности:

1. снижается содержание кортикостероидов в крови
2. увеличивается экскреция 17-ОКС и 17-КС с мочой
3. повышается уровень альдостерона в крови
4. повышается содержание катехоламинов в крови
5. снижается уровень СТГ

7. При феохромоцитоме избыточно секретируются:

1. катехоламины
2. серотонин
3. альдостерон
4. кортизол
5. простогландины

8. Основной симптом феохромоцитомы:

1. артериальная гипертония
2. гиперпигментация
3. гипогликемия
4. кахексия
5. гипертрихоз

9. Паращитовидная железа регулирует обмен:

1. натрия
2. калия
3. кальция
4. железа
5. йода

10. Какой из перечисленных методов является базисным при терапии всех клинических форм сахарного диабета?

1. диетотерапия
2. лечение физиотерапевтическими средствами
3. лечение растительными гипогликемизатами
4. лечение сахароснижающимитаблетированными препаратами
5. инсулинотерапия

11. Гликолизированный гемоглобин отражает средний уровень колебания глюкозы за предшествующие:

1. 5-7 дней
2. 1-3 нед
3. 1-1,5 мес
4. 2-3 мес
5. 6-8 мес

12.Развитию диабетической ангиопатии способствует:

1. увеличение уровня HbA1c
2. нормальный уровень HbA1c
3. сниженный уровень HbA1c
4. гиперхолестеринемия
5. гипопротеинемия

13. Кожа при тиреотоксикозе:

1. цианотичная
2. холодная
3. бледно-желтая
4. тонкая, влажная
5. шелушащаяся

14. Для тиреотоксикоза характерно:

1. запоры
2. ухудшение памяти
3. нервозное состояние
4. сонливость
5. рвота

15. Какие жалобы характерны для гипотиреоза:

1. раздражительность
2. снижение массы тела
3. сонливость, зябкость
4. частый жидкий стул
5. рвота

16. Исходом струмэктомии является:

1. тиреотоксикоз
2. гипотиреоз
3. острый тиреоидит
4. эндемический зоб
5. тиреотоксический криз

17. Вторичный гипотиреоз развивается при:

1. струмэктомии
2. опухоли щитовидной железы
3. аплазии щитовидной железы
4. деструктивном поражении гипофиза
5. тиреоидите

18. СД 1 типа следует лечить

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

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

1. СД 1 тип
2. СД 2 тип
3. СД 2 тип инсулинопотребный
4. MODY диабет
5. СД вторичный

20. У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном наблюдении выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, ацетон в моче отрицательный. Тип диабета у больной:

1. СД 1 тип
2. СД 2 тип
3. СД 2 тип инсулинопотребный
4. гестационный диабет
5. LADA диабет

21. У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека. Какое осложнение возникло у больной?

1. гипотиреоз
2. тиреотоксический криз
3. травма гортанных нервов
4. гипопаратиреоз
5. остаточные явления тиреотоксикоза

22. Центральное ожирение, артериальная гипертония, багровые полосы растяжения на коже живота, а также умеренная гиперпигментация кожи у больного с умеренно повышенным уровнем АКТГ плазмы может быть следствием:

1. алиментарного ожирения
2. синдрома Конна
3. гипоталамического синдрома
4. болезни Иценко-Кушинга
5. болезни Аддисона

23. Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников сопровождается:

1. повышенной секрецией АКТГ
2. повышенной секрецией кортизола
3. пониженной секрецией АКТГ
4. повышенной секрецией ТТГ
5. повышенной секрецией соматостатина

24. К стероидным гормоном относится:

1. инсулин
2. кортизол
3. глюкагон
4. тироксин
5. кальцитонин

25. Акромегалия обусловлена:

1. опухолью коры надпочечников
2. опухолью передней доли гипофиза
3. опухолью мозгового слоя надпочечников
4. злокачественной опухолью бронхов
5. опухолью задней доли гипофиза

26. Паращитовидная железа вырабатывает:

1. кальцитонин
2. тироксин
3. трийодтиронин
4. паратгормон
5. фолликулин

27. Феохромоцитома – это:

1. опухоль сетчатого слоя надпочечников
2. опухоль пучкового слоя надпочечников
3. опухоль мозгового слоя надпочечников
4. опухоль клубочкового слоя надпочечников
5. опухоль передней доли гипофиза

28. Какой из гормонов влияет на водно-солевой обмен:

1. инсулин
2. тироксин
3. пролактин
4. альдостерон
5. адреналин

29. Определите симптом, связанный непосредственно с развитием опухоли гипофиза:

1. спланхомегалия
2. гемианопсия
3. диастема
4. прогнатизм
5. гипертрихоз

30. Какой анализ информативен и являетсябазовым при диагностике акромегалии:

1. уровень СТГ в крови
2. уровень глюкозы в крови
3. КТ гипофиза
4. общий анализ мочи
5. исследование глазного дна и полей зрения

31. ИМТ 3 степени (кг/м2):

1. 18,5-24,9
2. 25,0-29,9
3. 30,0-34,9
4. 35,0-39,9
5. >40

32. Что является критерием легкой формы течения болезни Аддисона:

1. нормогликемия
2. отсутствие гиперпигментации
3. нормальное АД
4. сохранение половых функций
5. достижение клинического эффекта без гормональной терапии

33. Что является критерием тяжелой формы течения болезни Аддисона

1. адинамия
2. гиперпигментация
3. частые гипогликемии
4. развитие аддисонических кризов
5. необходимость постоянно соблюдать диету

34. Для диагностики вторичной надпочечниковой недостаточности применяют следующую пробу:

1. проба с АКТГ
2. проба с гистамином
3. инсулино-толерантный тест
4. проба с ангиотензинном
5. проба с тропафеном

35. Физиологическая потребность в инсулине составляет:

1. 10-20 ед в сутки
2. 20-30 ед в сутки
3. 80-100 ед в сутки
4. 40-60 ед в сутки
5. 60-70 ед в сутки

36. Причина развития СД 2 типа:

1. наличие антигенов В8, В15 системы гистосовместимости человека
2. развитие инсулитов в бета-клетках
3. вирусные инфекции
4. нарушение чувствительности рецепторов к инсулину
5. снижение уровня контринсулярных гормонов

37. Показания для проведения перорального глюкозотолерантного теста:

1. диагностика вторичного диабета
2. диагностика манифестного СД 1 типа
3. диагностика потенциального диабета
4. диагностика манифестного СД 2 типа
5. диагностика скрытого диабета

38. Какое заболевание органов дыхания часто сопутствует СД:

1. туберкулез
2. рак
3. ларингит
4. бронхит
5. бронхиальная астма

39. Для СД 1 типа характерно:

1. постепенное развитие
2. наличие ожирения
3. молодой возраст и острое начало
4. частота распространенности среди всех типов диабета – 80-85%
5. развитие в зрелом и старческом возрасте

40. Для СД 2 типа характерно:

1. острое начало
2. склонность к кетоацидозу
3. обязательное лечение инсулином
4. генетическая связь с системой HLA
5. развитие у лиц старшего возраста

41. Какие овощи и продукты ограничивают в употреблении при СД:

1. капусту
2. картофель, мучные изделия
3. помидоры
4. огурцы
5. кабачки

42. Для несахарного диабета характерно:

1. полиурия
2. олигурия
3. анурия
4. гематурия
5. дизурия

43. При болезни Аддисона снижается продукция:

1. тиреоидных гормонов
2. инсулина
3. АКТГ
4. минералокортикоидов
5. катехоламинов

44. Патогномоничный симптом при первичной хронической надпочечниковой недостаточности:

1. гиперпигментация кожи и слизистых
2. полинейропатия
3. муцинозные отеки
4. резко выраженный аппетит
5. претибиальная микседема

45. Для хронической надпочечниковой недостаточности характерно:

1. снижение количества кортикостероидов
2. увеличение экскреции 17-КС и 17-ОКС с мочой
3. повышение уровня альдостерона в крови
4. повышение содержания катехоламинов в крови
5. снижение уровня СТГ

46. Для хронической надпочечниковой недостаточности характерно:

1. прогрессирующая прибавка в весе
2. гипотония, общая слабость, потеря аппетита, тяга к соленой пище
3. гипергликемия
4. гипернатриемия
5. гипокалиемия

47. Осложнение хронической надпочечниковой недостаточности:

1. ДТЗ
2. сахарный диабет
3. адреналовый криз
4. аддисонический криз
5. ожирение

48. Классификация зоба по ВОЗ:

1. 0, 1, 2 ст
2. 1, 2, 3, 4 ст
3. 3, 4 ст
4. 1, 2, 3, 4, 5 ст
5. 1, 2, 3 ст

49. Какой симптом характерен для ДТЗ

1. симптом Хвостека
2. симптом Грефе
3. симптом Ортнера
4. симптом Вейса
5. симптом Образцова

50. Размеры щитовидной железы у женщин в норме:

1. 9-18 мл
2. 6-14 мл
3. 10-19 мл
4. 9-25 мл
5. 6-10 мл

51. Для диагностики ДТЗ необходимо определение::

1. Ат-МФ, Ат-ТГ
2. Т3, Т4, ТТГ
3. кортизол
4. СТГ
5. альдостерон

52. Препаратом выбора для лечения ДТЗ является:

1. левотироксин
2. бромгексин
3. мерказолил
4. гидрокортизон
5. леводопа

53. Антагонистом паратгормона является:

1. тиреолиберин
2. кальцитонин
3. соматостатин
4. инсулин
5. пролактин

54. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

1. гипергликемия и гиперосмолярность
2. гиперосмолярность и лактацидоз
3. гипернатриемия и кетоацидоз
4. лактацидоз и гипернатриемия
5. кетоацидоз и гипергликемия

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

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

56. Основным методом диагностики структурных изменений щитовидной железы является:

1. определение поглощения радиоактивного йода ЩЖ
2. термография
3. сканирование ЩЖ
4. УЗИ
5. определение тиреоидных гормонов в крови

57. Несахарный диабет развивается в результате:

1. понижения секреции АДГ
2. нарушения углеводного обмена
3. повышения секреции АДГ
4. повышения экскреции натрия с мочой
5. понижения секреции альдостерона

58. Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

1. выпадение волос
2. округлое лицо, избыточное отложение жира на животе
3. потливость
4. следы расчесов
5. гематурия

59. При несахарном диабете в моче выявляется:

1. глюкозурия
2. снижение относительной плотности мочи
3. протеинурия
4. лейкоцитурия
5. повышение относительной плотности мочи

60. При нарушенной толерантности к глюкозе показана:

1. только диета
2. диета + пероральные сахароснижающие препараты
3. диета + пероральные сахароснижающие препараты + инсулин
4. только пероральные сахароснижающие препараты
5. только инсулин

61. Какой симптом наиболее характерен при острой надпочечниковой недостаточности:

1. повышение давления
2. гипертермия
3. анасарка
4. сухость кожи
5. снижение АД

62. Для первичного гипотиреоза наиболее характерным является:

1. снижение массы тела
2. брадикардия
3. увеличение щитовидной железы
4. экзофтальм
5. тахикардия

63. При болезни Иценко-Кушинга увеличивается выработка:

1. пролактина
2. альдостерона
3. кортизола
4. дегидроэпиандростерона
5. эстрадиола

64. Для СД с осложнениями характерно:

1. нормогликемия
2. снижение массы тела больного
3. потливость
4. сонливость
5. наличие и выраженность осложнений

65. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с в/в введения:

1. строфантина
2. 0,9% р-ра хлорида натрия и инсулина
3. солей кальция
4. норадреналина
5. солей калия

66. Самым активным стимулятором секреции инсулина является:

1. триглицериды
2. свободные жирные кислоты
3. глюкоза
4. фруктоза
5. элетролиты

67. Длительная гипогликемия приводит к необратимым изменениям прежде всего в:

1. ЦНС
2. коже
3. периферической нервной системе
4. гепатоцитах
5. поперечно-полосатой мускулатуре

68. В диете больного СД можно в неограниченном количестве использовать:

1. картофель
2. огурцы
3. масло
4. пирожное
5. колбаса

69. Для лечения первичного гипотиреоза используют в качестве заместительной терапии:

1. тиреоидные препараты
2. бета-блокаторы
3. сердечные гликозиды
4. препараты калия
5. диуретики

70. Суточная потребность в йоде здорового человека составляет:

1. 20 мкг
2. 80 мкг
3. 50 мкг
4. 300 мкг
5. 200 мкг

71. Причиной первичного гипотиреоза может быть:

1. аутоиммунный тиреоидит
2. аденома гипофиза
3. аплазия гипофиза
4. черепно-мозговые травмы
5. нейроинфекции

72. Наиболее часто атеросклеротические изменения при СД выявляются в сосудах:

1. коронарных
2. ЖКТ
3. почек
4. печени
5. селезенки

73. К осложнениям инсулинотерапии относится:

1. аллергическая реакция, липодистрофия на месте уколов
2. инсулинорезистентность
3. гипергликемия
4. кетоацидоз
5. лактацидоз

74. Какой из патогенетических механизмов характерен для СД?

1. нарушение функции органов кровообращения
2. нарушение функции симпатической нервной системы
3. избыток глюкагона и других контринсулярных гормонов
4. нарушение функции вегетативной нервной системы
5. абсолютная или относительная инсулиновая недостаточность

75. К какой группе соединений относится инсулин:

1. набор аминокислот
2. жиры
3. трипептид
4. ферменты
5. продукты аминокислот

76. Пролактин оказывает прямое действие на развитие:

1. молочных желез и лактацию
2. надпочечников
3. гипофиза
4. эпифиза
5. щитовидной железы

77. Простая обратная связь это:

1. регуляция деятельности периферических эндокринных желез аденогипофизом и гипоталамическими центрами при изменении концентрации гормонов в крови
2. регуляция секреции гормона по изменению гормона-мишени
3. когда уменьшение концентрация гормона периферической железы в крови стимулирует секрецию соответствующего адренокортикотропного гормона
4. высокий уровень концентрации гормона периферической железы оказывает непосредственно тормозное влияние на секрецию соответствующего гормона
5. когда уменьшение концентрации гемоглобина в крови стимулирует секрецию соответствующего соматотропного гормона

78. Укажите гормон аденогипофиза, регулирующий рост и развитие организма:

1. пролактин
2. гонадотропин
3. тиротропин
4. соматотропин
5. меланотропин

79. Укажите гормоны, участвующие в регуляции уровня кальция и фосфата организма:

1. АКТГ
2. альдостерон
3. паратгормон, кальцитонин
4. вазопрессин
5. пролактин, окситоцин

80. Какая железа с возрастом подвергается атрофии:

1. щитовидная железа
2. паращитовидная железа
3. вилочковая железа
4. эпифиз
5. надпочечники

81. В какой железе происходит созревание, дифференцировка и иммунологическое «обучение» [T-клеток](https://ru.wikipedia.org/wiki/T-%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D1%84%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82) [иммунной системы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0):

1. щитовидная железа
2. паращитовидная железа
3. тимус
4. эпифиз
5. гипофиз

82. Роль гипоталамуса:

1. является высшим вегетативным центром и участвует во всех видах обмена веществ
2. нейроэндокринный орган не участвующий в обмене веществ
3. железа внутренней секреции участвующий в белково-углеводном обмене
4. регулятор температурного баланса организма
5. регулятор кислотно-щелочного равновесия

83. Либерины и статины образуются:

1. в гипофизе
2. в гипоталамусе
3. в половых железах
4. в надпочечниках
5. в лимфатических узлах

84. Гипогликемия характерна:

1. для феохромоцитомы
2. для тиреотоксикоза
3. для болезни Иценко-Кушинга
4. для инсулиномы
5. для ожирения

85. Для постановки диагноза СД 2 достаточно знать:

1. уровень липидов крови
2. уровень глюкозы в крови
3. уровень Hb1c, глюкозы натощак и через 2 часа после еды
4. уровень креатинина и мочевины в крови
5. уровень гемоглобина в крови

86. СД является фактором риска развития:

1. инфаркта миокарда
2. ХОБЛ
3. гастроэнтероколита
4. фенилкетонурии
5. гемофилии

87. Диета для больных СД исключает:

1. белки, витамины, минеральные вещества
2. жиры, минеральные вещества
3. йод
4. легкоусвояемые углеводы
5. витамины

88. Лабораторные критерии сахарного диабета:

1. уровень глюкозы натощак меньше 6,0 ммоль/л
2. уровень глюкозы натощак 6,1 ммоль/л и более, через 2 ч после еды ≥11,1 ммоль/л
3. уровень глюкозы через 2 часа после еды,более 10,1 ммоль
4. уровень глюкозы натощак более 3,3 ммоль/л
5. уровень глюкозы крови натощак более 5,5 ммоль/л

89. Критерии нарушенной толерантности к глюкозе:

1. наличие выраженной жажды, похудения, слабости
2. гликемия через 2 ч. после нагрузки более 11,1 ммоль/л
3. глюкозурия 0,5%
4. кетонурия
5. гликемия натощак менее 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки ≥7,8 и <11,1 ммоль/л

90. Для СД 2 типа в отличие от СД 1 типа характерно:

1. развитие заболевания после вирусных инфекций
2. частота 15% среди всех типов диабета
3. наличие антипанкреатических антител
4. уровень инсулина в крови повышен или в норме
5. уровень инсулина в крови понижен или отсутствует

91. Укажите этиологический фактор СД 1 типа:

1. ожирение
2. аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита
3. переедание сладкой пищи
4. психическая травма
5. инсулинома

92. Нормальное содержание глюкозы в капиллярной (цельной крови) крови натощак:

1. >4,0 - <6,0 ммоль/л
2. >3,3 - <5,6 ммоль/л
3. >4,0 - <5,1 ммоль/л
4. >5,0 - <7,0 ммоль/л
5. >3,3 - <6,1 ммоль/л

93. К группе модифицируемых факторов риска при СД относится:

1. пожилой возраст
2. нарушенное внутриутробное развитие
3. наследственная предрасположенность при СД 2 типа
4. высококалорийное питание, низкая физическая активность
5. раса и этническая принадлежность, пол

94. Для СД 1 типа характерно начало в возрасте:

1. обычно до 30 лет
2. старше 40 лет
3. старше 50 лет
4. старше 38 лет
5. старше 65 лет

95. 1ХЕ соответствует :

1. 15 г углеводов
2. 13 г углеводов
3. 10 г углеводов
4. 12 г углеводов
5. 18 г углеводов

96. СД 1 типа несколько чаще болеют:

1. мужчины
2. женщины
3. дети
4. оба пола страдают одинаково
5. пожилого возраста

97. ГликолизированныйHb-это:

1. % содержание всего гемоглобин, связанного с Fe
2. % содержание всего гемоглобин, связанного с билирубином
3. % содержание всего гемоглобин, связанного с эритроцитами
4. % содержание всего гемоглобин, связанного с глюкозой
5. % содержание всего гемоглобин, связанного с кислородом

98. Гиперинсулинемия характерна для:

1. СД 1 типа
2. СД 2 типа
3. гестационного СД
4. других типов СД
5. несахарного диабета

99. СД 1го типа чаще манифестирует

1. в детском и юношеском в возрасте
2. во взрослом состоянии
3. в пожилом возрасте
4. не имеет возрастной зависимости
5. у женщин

100. 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 инсулин (10-20 ЕД)
3. ввести 0,9% физиологический раствор
4. ввести 20 мл 40% раствора глюкозы
5. дать 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов

101. Укажите уровень гликемии через 2 часа после "нагрузки" глюкозой при явном сахарном диабете (в ммоль/л):

1. больше 11,1
2. больше 4,6
3. больше 5,5
4. больше 6,4
5. больше 7,8

102. Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов:

1. артериальная гипертензия
2. макроангиопатия
3. ретинопатия
4. нейропатия
5. нефропатия

103. «Классическая триада» при сахарном диабете:

1. тошнота, рвота, боли в животе
2. полидипсия, полиурия, полифагия
3. снижение зрения, слуха и памяти
4. потливость, головная боль, сердцебиение
5. головные боли, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами

104. Обычный способ введения инсулина:

1. внутримышечный
2. внутрикожный
3. подкожный
4. внутривенный
5. пероральный

105. Рациональное соотношение белков, жиров, углеводовв диете больных СД 1 типа

1. белки 16%, углеводы 60%, жиры24%
2. белки 25%, углеводы 40%, жиры35%
3. белки 30%, углеводы 30%, жиры40%
4. белки 10%, углеводы 50%, жиры40%
5. белки 20%, углеводы 30%, жиры 50%

106. ХБП при СД развивается при поражении:

1. сосудов почек
2. сосудов сетчатки
3. сосудов нижних конечностей
4. жировом гепатозе
5. инфаркте миокарда

107. Что приведет к гипергликемической коме:

1. повышенное образование лактата
2. чрезмерная физическая нагрузка
3. несвоевременная диагностика и отсутствие лечения
4. употребление алкоголя
5. высокие значения АСТ, АЛТ

108. Вегетативная симптоматика при гипогликемической коме:

1. дрожь, потливость, сильное чувства голода, беспокойств, агрессивность
2. головная боль, чувства страха
3. речевые, зрительные, поведенческие нарушение
4. спутанность сознания, парестезия
5. загрудинная боль иррадиирующая в левое плечо

109. При передозировке инсулина характерно:

1. жажда
2. похудание
3. потливость, чувство внутренней дрожи
4. учащенное мочеиспускание, тошнота, рвота
5. тошнота, рвота, боли в животе

110. Что относится к факторам риска СД:

1. кахексия
2. ожирение, АГ
3. отеки
4. анемия
5. почечная недостаточность

111. Кетоацидотическая кома чаще встречается при:

1. СД 2 типа
2. СД 1 типа
3. MODY диабете
4. LADA диабете
5. гестационном диабете

112. Основной причиной гипогликемического состояния при СД является:

1. назначение глюкокортикостероидов
2. болевой синдромом
3. избыточная физическая нагрузка, несвоевременный прием пищи
4. гипертонический криз
5. переедание

113. Гиперосмолярная кома при сахарном диабете характеризуется:

1. гипогликемией
2. отсутствием кетоза и ацидоза, повышение осмолярности плазмы крови
3. кетоацидозом
4. обильным слюнотечением
5. болями в мышцах

114. Клинические проявления лактатацидоза включают следующие проявления:

1. запоры
2. артериальная гипертензия
3. брадикардия
4. тошнота, рвота, боли в мышцах
5. профузная потливость

115. С-пептид является:

1. маркером компенсации сахарного диабета,
2. контринсулярным гормоном
3. предшественником синтеза инсулина
4. маркером сахарного диабета 2 типа
5. показателем активности воспалительного процесса

116. Что такое «постпрандиальная гликемия»?

1. уровень глюкозы в крови через 1 час после еды
2. уровень глюкозы в крови через 6 часов после еды
3. уровень глюкозы в крови через 3 часа после еды
4. уровень глюкозы в крови через 2 часа после еды
5. уровень глюкозы в крови сразу после еды

117. У здорового взрослого щитовидная железа:

1. не пальпируется
2. пальпируется
3. видна на глаз
4. не видна на глаз и не пальпируется
5. видна на глаз и пальпируется

118. Назовите основное клиническое проявление недостаточного поступления йода в организм человека:

1. эндемический зоб
2. аутоиммунный тиреоидит
3. подострый тиреоидит
4. диффузный токсический зоб
5. рак щитовидной железы

119. Эндемический зоб протекает с явлениями:

1. гипокортицизма
2. гиперкортицизма
3. эутиреоза или гипотиреоза
4. гипогонадизма
5. гипопитуитаризма

120. Для эндемичного по йододефициту региона характерно:

1. недостаточное поступление фтора с пищей
2. недостаточное поступление йода с пищей
3. расположение региона в приморской зоне
4. избыточное содержание йода в воде
5. недостаточное поступление железа с пищей

121. Для профилактики ЙДЗ применяют:

1. йодированную соль
2. левотироксин
3. тиамазол
4. препараты калия
5. эргокальциферол

122. Минимальный уровень потребления йода во время беременности:

1. 50 мкг в день
2. 100 мкг в день
3. 150 мкг в день
4. 200 мкг в день
5. 250 мкг в день

123. Изменения сердечно-сосудистой системы при гипотиреозе:

1. усиление верхушечного толчка и тахикардия
2. брадикардия, расширение границ сердца
3. тахикардия
4. уменьшение минутного объема
5. повышение систолического и диастолического АД

124. Гипотиреоидная кома может развиваться:

1. чрезмерная инсоляция
2. при передозировке тиреоидных гормонов
3. при любой форме гипотиреоза у нелеченных больных
4. при резком снижении сахара крови
5. при резком повышении сахара крови

125. Для заместительной терапии гипотиреоза применяют следующий препарат:

1. калия йодид
2. тиамазол
3. антиструмин
4. левотироксин
5. перхлорат калия

126. При первичном гипотиреозе повышается в крови:

1. СТГ
2. пролактин
3. ТТГ
4. АКТГ
5. Кортизол

127. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием показана при:

1. диффузном эутиреоидном зобе
2. эндемическом зобе с гипотиреозом
3. узловом эутиреоидном зобе> 1 см в диаметре
4. узловом эутиреоидном зобе< 1 см в диаметре
5. функциональной автономии ЩЖ

128. Симптомы передозировки тиреоидных препаратов:

1. зябкость
2. отеки
3. брадикардия
4. тахикардия
5. увеличение массы тела

129. Ведущая инфекция развития подострого тиреоидита:

1. стрептококк
2. вирус Коксаки, аденовирусы
3. стафилококки
4. синегнойная палочка
5. туберкулезная палочка

130. Основные симптомы подострого тиреоидита:

1. анемия
2. экзофтальм
3. муцинозные отеки
4. дисфагия, болезненность щитовидной железы
5. матронизм

131. Для хронического аутоиммунного тиреоидита характерно:

1. матронизм, синдром гипергликемии
2. синдром гипогликемии, гипокортицизма
3. синдром гипотиреоза
4. тетанический синдром, гипопаратиреоза
5. диспептический синдром

132. При гипопаратиреозе снижается уровень в крови:

1. фосфора
2. натрия
3. кальция
4. калия
5. магния

133. Укажите гормон, регулирующий деятельность щитовидной железы:

1. ТТГ
2. СТГ
3. АКТГ
4. МСГ
5. ЛГ

134. Врожденная недостаточность тиреоидных гормонов ведет к задержке роста ребенка, умственного, психического и полового развития, нарушению пропорции тела- это патология называется:

1. гигантизм
2. нанизм
3. кретинизм
4. акромегалия
5. гипокортицизм

135. Объём щитовидной железы для мужчин в норме:

1. до 18 мл
2. до 20 мл
3. до 25 мл
4. до 30 мл
5. до 35 мл

136. При пальпации щитовидной железы топографической точкой является:

1. только яремная вырезка
2. только перстневидный хрящ
3. грудино-ключично-сосцевидная мышца
4. яремная вырезка, грудино-ключично-сосцевидная мышца, перстневидный хрящ
5. яремная вырезка, перстневидный хрящ

137. Сокращение мышц лица при поколачивании пальцем впереди козелка ушной раковины по лицевому нерву это –

1. «опистотонус»
2. cимптомХвостека
3. cимптомВейса
4. симптом Шлезингера
5. симптом Труссо

138. В клубочковой зоне надпочечников вырабатывается:

1. глюкокортикоиды, кортизол, кортикостерон
2. андрогены, прогестерон
3. адреналин, норадреналин
4. минералокортикоиды, альдостерон
5. эстроген

139. Регулирующим фактором кортизола является гормон:

1. СТГ
2. ТТГ
3. АКТГ
4. АДГ
5. ФСГ

140. Минералокортикоиды, альдостерон вырабатываются в:

1. клубочковой зоне
2. мозговом слое надпочечников
3. сетчатой зоне
4. пучковой зоне
5. почках

141. Симптом первичной хронической надпочечниковой недостаточности:

1. гиперпигментация кожи и слизистых
2. полинейропатия
3. муцинозные отёки  
   4. повышенный раздражительность, утомляемость

5. артериальная гипертензия

142. При острой недостаточности коры надпочечников препаратом выбора является:

1. бромокриптин
2. десмопрессин
3. гидрокортизон
4. адреналин
5. дигоксин

143. Уровень натрия в крови регулирует:

1. инсулин
2. альдостерон
3. адреналин
4. кальцитонин
5. кортизол

144. Причиной гипернатриемии является:

1. альдостерома
2. болезнь Аддисона
3. гиповитаминоз D
4. аденома паращитовидных желез
5. феохромоцитома

145.Какой гормон относится к глюкокортикоидам?

1. адреналин
2. кортизол
3. инсулин
4. тироксин
5. норадреналин

146. Какие гормоны синтезируются в сетчатой зоне коры надпочечников?

1. кортизол, кортизон
2. адреналин, норадреналин
3. дезоксикортикостерон
4. альдостерон
5. андрокортикоиды, эстрокортикоиды

147. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается недостаточность:

1. катехоламинов
2. гонадотропинов
3. минералокортикоидов, глюкокортикоидов
4. андрокортикоидов
5. эстрокортикоидов

148. Для феохромоцитомы характерно:

1. гиперкатехоламинемия
2. гипогликемия
3. кетонемия
4. азотемия
5. кетонурия

149. Повышение в моче катехоламинов и их метаболитов характерно:

1. для болезни Иценко-Кушинга
2. для феохромоцитомы
3. для тиреотоксикоза
4. для сахарного диабета
5. для болезни Аддисона

150. Недостаточность гонадотропина в детском возрасте ведет к развитию:

1. нарушения полового созревания
2. нарушения обмена веществ
3. нарушения секреции половых стероидов
4. нарушения метаболических процессов
5. задержки роста

151. Гипосекреция АДГ называется:

1. синдром Пархона
2. несахарный диабет
3. сахарный диабет
4. болезнь Иценко-Кущинга
5. болезнь Педжета

152. У больной 17 лет, отмечается полиурия с низкой плотностью мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина плотности мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:

1. психогенная полидипсия
2. несахарный диабет
3. сахарный диабет
4. хронический пиелонефрит
5. цистит

153. Для акромегалии характерно повышение:

1. глюкагона
2. тироксина
3. соматотропина
4. инсулина
5. адреналина

154. Гормон, регулирующий функции матки, маточной трубы, влагалища, молочных желез:

1. эстроген
2. андроген
3. прогестерон
4. ТТГ
5. соматотропин

155. Какие гормоны вырабатываются в мужских половых железах?

1. альдостерон
2. андрогены
3. прогестерон
4. эстрогены
5. фолликулостимулирующий гормон

156. Какое состояние сопровождается дефицитом СТГ?

1. гипогонадизм
2. гипотиреоз
3. гипопаратиреоз
4. гипопитуитаризм
5. гипокортицизм

157. Выберите заболевание, при котором встречается симптоматический сахарный диабет:

1. ишемическая болезнь сердца
2. болезнь и синдром Иценко-Кушинга
3. хронический пиелонефрит
4. язвенная болезнь желудка
5. хронический гепатит

158. Какой из перечисленных признаков характерен для инсулинзависимого сахарного диабета?

1. возраст старше 45 лет
2. принадлежность к мужскому полу
3. склонность к кетоацидозу
4. повышенная масса тела
5. наследственная предрасположенность

159. Беременным женщинам с СД назначают:

1. диету,богатую белками
2. бигуаниды
3. пероральные сахароснижающие препараты I генерации
4. пероральные сахароснижающие препараты II генерации
5. инсулинотерапию

160. Основным критерием лабораторной диагностики диабетического кетоацидоза является:

1. исследование сахара крови
2. исследование уровня кетоновых тел крови и ацетона в моче
3. развернутый анализ крови
4. общий анализ мочи
5. исследование минерального обмена

161. Что вызывает абсолютную недостаточность инсулина?

1. опухоли поджелудочной железы
2. острый панкреатит
3. гемохроматоз
4. аутоиммунное поражение поджелудочной железы
5. тиреотоксикоз

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

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

163. Какие факторы принимают участие в развитии диабетической стопы?

1. диабетическая нейропатия, атеросклероз сосудов нижних конечностей
2. пол больного
3. масса тела больного
4. возраст больного
5. рост больного

164. Специфическое для сахарного диабета поражение почек носит название:

1. артериосклероз Менкеберга
2. синдром Мориака
3. синдром Нобекур
4. синдром Самоджи
5. синдром Киммелстила-Уилсона

165. Выберите признаки, характерные стадии выраженной диабетической нефропатии:

1. повышение скорости клубочковой фильтрации
2. наличие лейкоцитов в мочевом осадке
3. повышение АД, почечная недостаточность
4. гематурия
5. микроальбуминурия

166. Больной поступил в коме, страдает сахарным диабетом. Кожа сухая. АД 90/45 мм.рт.ст., в моче 5% сахара, моча на ацетон – отриц. Наиболее вероятный диагноз?

1. диабетический кетоацидоз
2. молочнокислая кома
3. гиперосмолярная кома
4. гипогликемия
5. церебральная кома

167. Выберите симптом, характерный для гипогликемического состояния:

1. жажда
2. полиурия
3. отсутствие аппетита
4. чувство голода
5. сухость кожных покровов

168. Какой лабораторный признак характерен для гипогликемической комы?

1. повышение уровня трансаминаз
2. снижение глюкозы в крови
3. сниженный щелочной резерв крови
4. высокая гипергликемия
5. высокая осмолярность крови

169. Какой метод лечения необходимо применить экстренно при гипогликемической коме?

1. введение реополиглюкина
2. введение инсулина в/в
3. введение глюкозы в/в
4. введение гепарина
5. введение глюкокортикоидов

170. Что относится к этиологическому фактору кетоацидотической комы?

1. передозировка инсулина
2. прекращение введения или уменьшение дозы вводимого инсулина
3. физическая работа
4. заболевание желудочно-кишечного тракта, сопровождающееся рвотой, поносом
5. недостаточное питание

171. Назовите наиболее вероятные причины развития диабетической кетоацидотической комы:

1. передозировка сахаропонижающих таблеток
2. несоблюдение диеты и отказ от приема сахароснижающих ЛС и инсулина
3. передозировка инсулина
4. физическая нагрузка
5. острая кишечная инфекция

172. Из перечисленных состояний дыхание Куссмауля наиболее характерно:

1. для стволового инсульта
2. для тромбоэмболии легочной артерии
3. для диабетического кетоацидоза
4. для застойной недостаточности кровообращения
5. для отравления угарным газом

173. Какое положение в отношении лечения диабетической комы правильно?

1. бикарбонат натрия следует вводить всегда с самого начала
2. для применения калия требуется его повторное определение в крови
3. начальное лечение должно включать не менее 100 ЕД инсулина
4. наиболее эффективно постоянное или дробное введение малых доз инсулина
5. при гипотензии используются глюкокортикоиды

174. При диабетическом кетоацидозе терапию назначают с внутривенным введением

1. изотонического раствора хлорида натрия + инсулина
2. 5% раствора глюкозы
3. гипотонического (0.45%) раствора хлорида натрия
4. реополиглюкина
5. гемодеза

175. У больной инсулинзависимый сахарный диабет, эндокринологу сообщила,что стала ощущать потливость, чувство голода. Какова тактика врача?

1. немедленно вызвать “скорую помощь” и госпитализировать больную в эндокринное отделение
2. немедленно вызвать психиатрическую бригаду, предварительнопроведя пробу на алкоголь
3. проверить уровень гликемии натощак и после еды, рекомендовать прием легкоусвояемых углеводов
4. исследовать уровень ацетона в моче, а затем определить дальнейшую тактику
5. немедленно ввести 8ед инсулина короткого действия

176. Больной в бессознательном состоянии, в документах имеется карточка больного диабетом. Кожные покровы влажные, судороги конечностей, мимической мускулатуры лица, чсс 92, язык влажный. Предположительный диагноз?

1. гипергликемическая кома
2. гипогликемическая кома
3. нарушение мозгового кровообращения
4. гиперосмолярная кома
5. печеночная кома

177. Патогенез первичного гипотиреоза обусловлен

1. уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы с торможением синтеза тиреоидных гормонов
2. уменьшением секреции ТТГ
3. уменьшением синтеза тиролиберина
4. увеличением массы железистой ткани щитовидной железы
5. уменьшением секреции тиролиберина

178. Третичный гипотиреоз обусловлен

1. синдромом Симмондса-Шиена
2. недостатком введения в организм йода
3. первичным поражением гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин
4. аденомой гипофиза
5. радиационным повреждением щитовидной железы

179. Патогенез вторичного гипотиреоза обусловлен

1. уменьшением секреции ТТГ
2. увеличением секреции ТТГ
3. увеличением секреции тиролиберина
4. снижением секреции тиролиберина
5. торможением синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода в организме

180. Патогенез третичного гипотиреоза обусловлен

1. аутоиммунным процессом в щитовидной железе
2. увеличением секреции ТТГ
3. секрецией биологически неактивного ТТГ
4. уменьшением синтеза тиролиберина
5. увеличением синтеза тиролиберина

181. Какой из синдромов является характерным для гипотиреоза?

1. нарушение сердечного ритма
2. отечный
3. гипертонический
4. тахикардия
5. гипергликемический

182. Каковы последствия эндемического зоба с гипотиреозом:

1. инфаркт миокарда
2. врожденные пороки развития у плода
3. последующий переход в тиреотоксикоз
4. развитие артериальной гипертензии
5. развитие почечной недостаточности

183. При некомпенсированном первичном гипотиреозе в крови повышается уровень:

1. СТГ
2. ТТГ
3. инсулина
4. АКТГ
5. кортизола

184. Какие изменения гормонального статуса характерны для первичного гипотиреоза?

1. снижение уровня Т3,Т4
2. гиперхолестеринемия
3. гиперкалиемия
4. тахикардия
5. снижение ТТГ

185. У больной с послеоперационным гипотиреозом, получающей левотироксин по 100 мкг х 2 раза в день, появилась тахикардия, потливость, нарушение сна. Причина, объясняющая эти нарушения?

1. рецидив диффузно-токсического зоба
2. вегето-сосудистая дистония
3. передозировка тиреоидных препаратов
4. недостаточная доза тиреоидных препаратов
5. отсутствие в лечении седативных средств

186. После струмэктомии у больной слабость, апатия, сонливость, запоры, нарушение менструального цикла Кожа сухая, волосы сухие, ломкие, выпадение волос наружных частей бровей. Пульс 56. АД 120/80. Тоны сердца глухие. На голенях плотные отеки. Диагноз?

1. послеоперационный гипотиреоз
2. сердечная недостаточность
3. послеоперационный гипопаратиреоз
4. климактерический синдром
5. гломерулонефрит

187. Определите метод исследования для диагностики гипотиреоза:

1. исследование общих липидов и их фракций
2. тест толерантности к глюкозе
3. определение титра антител к тиреоглобулину
4. определение суточной экскреции с мочей 17-ОКС
5. исследование уровня ТТГ, Т4своб в плазме крови

188. Для диагностики первичного гипотиреоза наиболее информативным является опреде-ление:

1. свободного тироксина
2. основного обмена
3. холестерина крови
4. тиретропного гормона
5. трийодтиронина крови

189. Что называется «холодным» узлом в щитовидной железе?

1. узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп
2. узел, который поглощает радиоактивный изотоп после стимуляции тиреотропным гор-моном
3. узел, который поглощает радиоактивный изотоп также, как и окружающая ткань
4. эктопированная ткань щитовидной железы
5. узел, который не поглощает изотоп

190. Тактика лечения эндемического зоба эутиреоидного:

1. назначение трийодтиронина 2-3 раза в день
2. назначение калия йодида
3. лечение тиреотропным гормоном
4. сочетание калия йодида с левотироксином
5. назначение тироксина в дозе 1 таблетка ежедневно курсами по 4-6 месяцев

191. Что Вы примените для терапии первичного гипотиреоза?

1. тиреотропин
2. тиреолиберин
3. тироксин
4. тиреоглобулин
5. препараты йода и тиреоидина

192. Диффузно-токсический зоб вызывается:

1. повышенной секрецией тиреотропного гормона
2. тиреоидстимулирующими иммуноглобулинами
3. повышенной чувствительностью тканей к гормонам щитовидной железы
4. повышенной секрецией тиреолиберина
5. стрессом

193. Какой симптом является признаком диффузно-токсического зоба?

1. тахикардия
2. сухость кожи
3. отеки тела
4. артериальная гипотония
5. сонливость

194. Симптомами эндокринной офтальмопатии являются:

1. периорбитальная пигментация и отечность век
2. отечность век и двоение
3. экзофтальм и блеск глаз
4. сужение полей зрения и периорбитальная пигментация
5. галлюцинации

195. У больного сердцебиение, раздражительность, похудание на 3 кг. Кожа теплая, влажная, тремор век, языка, пальцев рук. Щитовидная железа незначительно диффузно увеличена, над железой выслушивается сосудистый шум. Блеск глаз, широкая глазная щель, симптомы Дальримпля, Кохера, Грефе (+), экзофтальм. Пульс 108. АД 150/70. Диагноз?

1. зоб Хашимото
2. тиреоидит де Кервена
3. тиреоидитРиделя
4. вегето-сосудистая дистония
5. диффузно-токсический зоб

196. Какой из перечисленных признаков позволяет дифференцировать аутоиммунный тиреоидит от диффузно-токсического зоба?

1. увеличение щитовидной железы
2. низкое содержание ТТГ в крови
3. отсутствие аппетита
4. дискомфорт при пальпации щитовидной железы
5. гиперхолестеринемия

197. Какие препараты необходимо назначать больному при тиреотоксическом кризе?

1. внутривенное введение 5% раствора глюкозы, сердечных гликозидов, калийсберегающих диуретиков
2. внутривенное введение глюкокортикоидов
3. введение ганглиоблокаторов, миорелаксантов
4. активное согревание больного, введение антиаритмических препаратов (большие дозы ганглиоблокаторов)
5. введение инсулина

198. Какое наиболее частое осложнение лечения диффузно-токсического зоба радиоактивным йодом?

1. лейкоз
2. гипотиреоз
3. подострый тиреоидит
4. тиреотоксический криз
5. рак щитовидной железы

199. Основным средством в лечении диффузно-токсического зоба являются:

1. производные сульфонилмочевины
2. тиреостатики
3. фенотиазиды
4. бигуаниды
5. транквилизаторы

200. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно

1. визуальное увеличение щитовидной железы
2. пальпаторное увеличение щитовидной железы
3. зоб, изменяющий конфигурацию шеи
4. щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи
5. щитовидная железа не пальпируется и не видна на глаз

201. Причиной острого бактериального тиреоидита является:

1. ангина, тонзиллит
2. наследственность
3. пиелонефрит
4. ревматизм
5. тиреотоксический криз

202. Наиболее часто при остром тиреоидите выявляют:

1. стафило-и стрептококки
2. риккетсии
3. вирусы
4. грибы
5. простейшие

203. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена) могут вызвать:

1. стафилококки, стрептококки
2. вирусы
3. грибы
4. простейшие
5. риккетсии

204. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:

1. увеличение шейных лимфатических узлов
2. анемия
3. повышение тигра антител к тиреоглобулину
4. ускоренное СОЭ
5. повышение температуры

205. Синонимом фиброзного тиреоидита является:

1. зоб Хасимото
2. зоб Де Кервена
3. зоб Риделя
4. аутоиммунный тиреоидит
5. специфический тиреоидит

206. Для коррекции функции щитовидной железы применяют:

1. тиамазол
2. тиреоидин
3. карбонат лития
4. L-тироксин
5. в зависимости от функционального состояния щитовидной железы: левотироксин или тиамазол

207. Лечение фиброзного тиреоидита

1. консервативное
2. хирургическое
3. физиотерапевтическое
4. рентгенотерапия
5. лазеротерапия

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

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

209. В диагностике акромегалии имеет значение определение:

1. АКТГ
2. ТТГ
3. СТГ
4. ФСГ
5. пролактин

210. При акромегалии и гигантизме определяют:

1. базофильную аденому передней доли гипофиза
2. эозинофильную аденому или диффузную гиперплазию эозинофильных клеток передней доли гипофиза
3. поражение гипоталамуса
4. поражение задней доли гипофиза
5. поражение ретикулярной формации

211. Этиологическим факторам первичного альдостеронизма может быть:

1. двусторонняя мелкоузелковая гиперплазия коры надпочечников (идиопатический альдостеронизм)
2. первичное повышение активности ренина
3. нефротический синдром
4. синдром Бартера
5. гиперренинемическийгиперальдостеронизм

212. При первичном альдостеронизме в надпочечниках выявляют:

1. опухоль клубочковой зоны коры надпочечников
2. правильного ответа нет
3. надпочечники не изменены
4. опухоль сетчатой зоны
5. опухоль пучковой зоны

213. Повышение продукции альдостерона ведет к одному из следующих состояний:

1. гипонатриемии
2. ацидозу
3. гипотензии
4. гиперкалиемии
5. снижению активности ренина плазмы

214. У женщины, 50 лет, имеется артериальная гипертензия, при компьютерной томографии обнаружено увеличение правого надпочечника. Какие исследования необходимо выполнить?

1. определение холестерина в крови
2. определение белка в моче
3. определение ацетона в моче
4. определение сахара в моче
5. определение йодурии

215. Назовите наиболее эффективную группу препаратов для лечения вторичного альдо-стеронизма:

1. бета-адреноблокаторы
2. альфа-адреноблокаторы
3. антагонисты альдостерона
4. фуросемид
5. сердечные гликозиды

216. Какой препарат следует назначать при появлении признаков вторичного гиперальдо-стеронизма?

1. оротат калия
2. унитиол
3. верошпирон
4. панангин
5. верапамил

217. В патогенезе развития основных симптомов болезни Иценко-Кушинга главную роль играет:

1. пролактин
2. альдостерон
3. кортизол
4. дегидроэпиандростерон
5. эстрадиол

218. Основным звеном патогенеза болезни Иценко-Кушинга является:

1. развитие макроаденом гипофиза с повышением секреции АКТГ
2. анаболическое действие кортикостероидов
3. снижение уровня АКТГ в связи с нарушением секреции кортиколиберина
4. развитие выраженных электролитных нарушений
5. избыточная выработка кортизола, действие его на углеводный, белковый обмены

219. Патогенез гормональных и метаболических нарушений при глюкостероме обусловлен:

1. повышением секреции глюкокортикоидов
2. повышением секреции адренокортикотропного гормона
3. избыточной продукцией кортиколиберина
4. снижением продукции андрогенов
5. первичной патологией лимбических структур мозга

220. Центрипетальное ожирение, артериальная гипертония, стрии на коже живота, умеренная гиперпигментация кожи у больного с умеренно повышенным уровнем АКТГ плазмы может быть следствием:

1. алиментарного ожирения
2. синдрома Конна
3. гипоталамического синдрома
4. болезни Иценко-Кушинга
5. болезни Аддисона

221. При болезни Иценко-Кушинга в коре надпочечников находят следующие изменения:

1. атрофия коры
2. гиперплазия коры обоих надпочечников
3. нормальный надпочечник
4. гиперплазия одного из надпочечников
5. атрофия коры одного из надпочечников

222. Для дифференциальной диагностики болезни и синдрома Иценко-Кушингаисполь-зуют следующие пробы:

1. ТТГ
2. пробы с инсулином
3. большая проба с дексаметазоном
4. проба с тропафеном
5. малая проба с дексаметазоном

223. При несахарном диабете относительная плотность мочи колеблется в пределах:

1. 1013-1028 (при количестве мочи 5-20 литров)
2. 1012-1015 (при количестве мочи 2-3 литра)
3. 1001-1005 (при количестве мочи 5-20-40 литров)
4. 1003-1009 (при количестве мочи 5-20 литров)
5. 1022-1043 (при количестве мочи 2-3 литра)

224. Феохромоцитома-гормонально-активная опухоль, продуцирующая следующие гор-моны:

1. адреналин и норадреналин
2. эстрогены
3. глюкокортикоиды
4. альдостерон
5. андрогены

225. Укажите наиболее частую локализацию феохромоцитомы:

1. полость черепа
2. мочевой пузырь
3. надпочечники
4. симпатические параганглии по ходу аорты
5. средостение

226. Доброкачественное течение феохромоцитомы чаще бывает при наличии:

1. опухоли одного надпочечника
2. опухоли обоих надпочечников
3. вненадпочечниковой локализации опухоли
4. малых размеров опухоли
5. больших размеров опухоли

227. Избыточная продукция каких гормонов наблюдается при феохромоцитоме?

1. вазопрессин
2. кортизол
3. альдостерон
4. норадреналин
5. окситоцин

228. Что наиболее важно для подтверждения диагноза феохромоцитомы у больного с пароксизмальной гипертензией?

1. проба с гистамином
2. проба с реджитином
3. определение экскреции катехоламинов
4. определение уровня 17КС и 17ОКС
5. УЗИ

229. Выберите эффективный метод лечения феохромоцитомы:

1. бета-адреноблокаторы
2. альфа-адреноблокаторы
3. оперативное лечение
4. ингибиторы
5. антагонисты кальция АПФ

230. Прогноз феохромоцитомы благоприятный:

1. при поздней диагностике заболевания
2. при несвоевременном оперативном вмешательстве
3. при развитии состояния "неуправляемой гемодинамики"
4. при развитии инсульта или инфаркта миокарда, отека легких, коллапса, обширных кровоизлияний в опухоль с последующим кровотечением или перитонитом
5. при раннем оперативном лечении опухоли

231. Какой из гормонов стимулирует липогенез?

1. соматотропный гормон
2. адреналин
3. глюкагон
4. инсулин
5. тироксин

232. 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. снижение рН крови ниже 7,0
5. сопутствующий лактацидоз

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

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

234. Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотиреозом

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

235. Девушка, 16 лет, страдает значительным ожирением (вес 116кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже бедер узкие розовые полосы, избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД 160/100 мм рт. ст. Предположительный диагноз?

1. микропролактинома
2. ожирение
3. болезнь Иценко—Кушинга
4. синдром Иценко-Кушинга
5. пубертатно-юношеский диспитуитаризм

236. Больная в течение 3 месяцев получала дексаметазон по поводу СКВ 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

237. Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов обладает анорексигенным действием?

1. метформин
2. глибенкламид
3. акарбоза
4. глюренорм
5. натеглинид

238. Ведущая причина, имеющая значение в генезе "стероидной миопатии"

у больных болезнью Иценко-Кушинга

1. гиперандрогения
2. гиперкортицизм и гиперкальциемия
3. гиперсекреция АКТГ
4. гиперальдостеронизм
5. гипергликемия

239. Основным морфологическим признаком первичных поликистозных яичников является:

1. утолщение и склероз белочной оболочки яичников
2. гипоплазия тека-клеток
3. гиперплазия стромы яичников
4. гипоплазия эндометрия
5. гиперплазия шлюсных клеток яичника

240. Содержание андрогенов в крови отражает концентрация:

1. свободного тестостерона
2. андростендиона
3. дигидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭАС)
4. 17- гидроксипрогестерона
5. 17-ОКС

241. Лютеиновая фаза менструального цикла характеризуется:

1. ростом и развитием фолликулов
2. секрецией прогестерона
3. низкой базальной температурой
4. секрецией эстрогенов
5. различной продолжительностью

242. Укажите гормон, секреция которого ингибируется при высокой концентрации в крови эстрогенов:

1. прогестерон
2. АКТГ
3. ФСГ
4. ЛГ
5. ингибин

243. Гинекомастия - это:

1. увеличение ткани молочной железы у женщин
2. наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин
3. замещение ткани грудной железы на жировую у женщин
4. деформация молочных желез у женщин
5. замещение ткани грудной железы на жировую у мужчин

244. Средняя мродолжительность менструального цикла:

1. 28-29 дней
2. 28-40 дней
3. 5-9 дней
4. 21-35 дней
5. 28 дней

245. Продолжительность нормальной менструации:

1. 1-3 дня
2. 2-5 дней
3. 3-7 дней
4. 5-8 дней
5. 3-10 дней

246. Основной опасностью для здоровья в менопаузе является:

1. сердечно-сосудистые заболевания
2. расслабление мышц тазового дна
3. рак эндометрия
4. депрессия
5. остеопороз

247. Для лечения гирсутизма у молодой женщины с нерегулярными менструальными циклами наиболее эффективно:

1. химическая эпиляция
2. выщипывание волос
3. элеггролизис
4. пероральные контрацептивы
5. обесцвечивание

248. Для послеродового нейроэндокринного синдрома характерно:

1. быстрое снижение массы тела
2. постоянная гипертензия
3. нарушение менструальной и детороднойфункции
4. алопеция
5. нагрубание и болезненность молочных желез

249. Климакс у женшин обусловлен:

1. угасанием функции яичников
2. нарушением функции коры головного мозга
3. нарушением функции надпочечников
4. нарушением функции щитовидной железы
5. нарушением функции гипоталомических структур

250. Наиболее характерным симптомом климактерия средней тяжести является:

1. сердцебиение
2. снижение работоспособности
3. головокружение
4. нарушение сна, раздражительность
5. приливы до 20 раз в сутки

251. Наиболее характерным проявлением климактерия лёгкой формы является:

1. сердцебиение
2. депрессия
3. приливы менее 10 раз в сутки
4. резкое снижение работоспособности
5. адинамия

252. Наиболее характерным симптомом тяжелого климактерия является:

1. общая слабость
2. частые приливы, сопровождающиеся сердцебиением
3. вегетативные вестибулярные нарушения
4. покраснение лица
5. гипертония

253. В лечении эндемического зоба с гипотиреозом предпочтительнее:

1. препараты йода
2. препарата тиреоидных гормонов
3. глюкокортикоиды
4. сочетание препаратов йода и тиреоидных гормонов
5. радиоактивный йод

254. Для профилактики эндемического зоба предпочтительнее

1. препараты йода (солевые и масляные)
2. глюкокортикоиды
3. В-блокаторы
4. витамины
5. анаболики

255. В патогенезе острого тиреоидита играет роль:

1. генетическая предрасположенность
2. нарушение механизмов иммунологической зашиты
3. дефицит йода
4. проникновение инфекции в щитовидную железу
5. травма щитовидной железы

256. Продолжительность острого тиреоидита составляет

1. 4-6 месяцев
2. 1-2 месяца
3. десятилетия
4. 5-7 дней
5. 1.5-2 года

257. Исходом острого тиреоидита, как правило, является

1. гипотиреоз
2. выздоровление
3. переход в хроническое течение
4. подострый тиреоидит
5. узлообразование в щитовидной железе

258. Особенностью эндемического зоба у детей и подростков является:

1. преобладание диффузного увеличения щитовидной железы
2. узловые формы зоба
3. сочетание зоба с эндокринной офтальмопатией
4. присутствие субклинического гипотиреоза
5. самопроизвольное излечение во взрослом возрасте

259. Продолжительность подострого тиреоидита обычно составляет:

1. 5-7 дней
2. 1-2 месяца
3. 1.5-2 года
4. 4-6 месяцев
5. десятилетия

260. Исходом подострого тиреоидита является:

1. гипотиреоз
2. выздоровление
3. переход в хроническое течение
4. атрофия щитовидной железы
5. диффузный фиброз щитовидной железы

261. Гистологически аутоиммунный тиреоидит характеризуется:

1. фиброзом
2. гиганторклеточными гранулемами
3. инфильтрацией полиморфрядерными лейкоцитами
4. инфильтрацией лимфоцитами
5. накоплением коллоида

262. Аутоиммунный тиреоидит является:

1. системным аутоиммунным заболеванием
2. органоспецифическим аутоиммунным заболеванием)
3. смешанным аутоиммунным заболеванием
4. иммунодефицитом
5. иммунопролиферативным заболеванием

263. При аутоиммунном тиреоидите наиболее часто встречаются антитела к:

1. тиреоглобулину
2. тиреопероксидазе
3. рецептору ТТР
4. ретробульбарной клетчатке
5. островковым клеткам поджелудочной железы

264. При пальпации щитовидной железы для аутоиммунного тиреоидита характерно:

1. гладкая эластически консистенция
2. неравномерная плотность
3. каменистая плотность
4. болезненность
5. очаг флюктуации

265. В лечении аутоиммунного тиреоидита чаще всего используют

1. иммуномодуляторы
2. иммуномодуляторы + глюкокортикоиды
3. антибиотики + препараты тиреоидных гормонов
4. препараты тиреоидных гормонов
5. глюкокортикоиды + иммуномодуляторы + препараты, корригирующие функцию щитовидной железы

266. Тиреотропин (тиреотропный гормон) вызывает усиление синтеза

1. тироксина
2. адреналина
3. норадреналина
4. кортизола
5. тестостерона

267. Синтез тиреотропного гормона усиливается:

1. тиреолиберином
2. избытком тироксина
3. избытком трийодтиронина
4. дийодтиронином
5. монойодтиронином

268. При избытке тироксина в крови:

1. повышается уровень тиреотропного гормона
2. снижается уровень тиреотропного гормона
3. не изменяется уровень тиреотропного гормона
4. повышается содержание тиреолиберина
5. не изменяется содержание тиреолиберина

269. Йод всасывается в организме в виде йодида в:

1. желудке
2. полости рта
3. толстом кишечнике
4. тонком кишечнике
5. дыхательных путях

270. Исходным продуктом для синтеза тиреоидных гормонов является

1. фенилаланин
2. тирозин
3. валин
4. лейцин
5. оксипролин

271. Парафолликулярные клетки (С-клетки) щитовидной железы синтезируют:

1. тиреокальцитонин
2. тироксин
3. трийодтиронин
4. реверсивный трийодтиронин
5. тиреоглобулин

272. Кальцитонин (тиреокальцитонин):

1. повышает кальций крови
2. повышает активность щелочной фосфатазы
3. снижает кальций крови
4. повышает экскрецию гидроксипролина с мочой
5. повышает фосфор крови

273. При обследовании щитовидной железы минимальную лучевую нагрузку дает

1. ангиография сосудов щитовидной железы
2. компьютерная томография
3. лимфография
4. УЗИ щитовидной железы
5. радиоизотопная сцинтиграфии с Тс-99

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

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

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

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

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

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

277. В отличие от кетоацидотичоской комы при гиперосмолярной наблюдается:

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

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

1. повышение уровня общего холестерина
2. повышение уровня триглицеридов
3. повышение уровня ЛПНП (липопротеидов низкой плотности)
4. снижение содержания свободных жирных кислот
5. снижения уровня билирубина

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

1. хронический гепатит
2. первичный рак печени
3. цирроз печени
4. жировую инфильтрацию печени
5. белковую дистрофию печени

280. Первая помощь при легкой гипогликемии у больного сахарным диабетом включает:

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

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

1. игибиторы АПФ
2. В-блокаторы
3. диуретики
4. сердечные гликозиды
5. нитраты

282. Микроальбуминурия - это экскреция альбумина с мочой в количестве:

1. менее 30 мг/сут.
2. 20-200 мг/сут.
3. 30-300 мг/сут.
4. более 300 мг/сут.
5. более 3 г/сут

283. Глюкостерома - гормонально активная опухоль коры надпочечников, в основном продуцирующая

1. андрогены
2. альдостерон
3. эстрогены
4. глюкокортикостероиды
5. адреналин

284. Андростерома - гормонально - активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном

1. андрогены
2. эстрогены
3. альдостерон
4. глюкокортикоиды
5. адреналин

285. Аддисонический криз проявляется

1. резкой дегидратацией, коллапсом, острой сердечно - сосудистой недостаточностью, нарушением функций почек, гипотермией
2. отеками, сердечной недостаточностью
3. гипергликемией
4. гипертонией, нарушением функций почек, отеками
5. возбуждением, гипертермией, гипертензией

286. Криз при феохромоцитоме характеризуется

1. ступором, гипотермией, гипотензией
2. гипертермией, эйфорией, гиперемией
3. возбуждением, беспричинным страхом, гипертермией, бледностью кожи
4. сопором
5. возбуждением, гипертермией, гиперемией, гиперактивностью, тремором

287. Повышение уровня артериального давления у больных с феохромоцитомой в отличие от пациентов с гипертонической болезнью купируется

1. Б-блокаторами
2. нитратами
3. ингибиторами АПФ
4. а- адреноблокаторами
5. блокаторами кальциевых каналов

288. Терапия феохромоцитомы заключается в

1. консервативном лечении кризов
2. лучевой терапии
3. химиотерапии
4. оперативном удалении опухоли
5. наблюдении

289. К препаратам производным сульфонилмочевины относится:

1. Толбутамид
2. Глимепирид
3. Экзенатид
4. Ситаглиптин
5. Репаглинид

290. К какому типу относится сахарный диабет при акромегалии по классификации ВОЗ?

1. сахарный диабет 1 типа
2. сахарный диабет 2 типа
3. другие типы диабета
4. гестационный диабет
5. моногенный диабет

291. К микрососудистым осложнениям сахарного диабета относится:

1. диабетическая кетоацидотическая кома
2. гипогликемия
3. постинъекционныелиподистрофии
4. диабетическая ретинопатия
5. феномен Самоджи

292. К осложнениям инсулинотерапии относится:

1. гипергликемия
2. кетоацидоз
3. постинсулиноваялиподистрофия
4. синдром Мориака
5. нефропатия

293. Важнейший фактор риска сахарного диабета 2 типа:

1. раннее искусственное вскармливание
2. детский возраст
3. ожирение
4. хронический панкреатит
5. употребление продуктов, содержащих большое количество клетчатки

294. К диабетическим макроангиопатиям относится:

1. диабетическая ретинопатия
2. диабетическая нефропатия
3. диабетическая энцефалопатия
4. диабетическая нейропатия
5. диабетическая катаракта

295. Выделяют следующие основные формы диабетической стопы:

1. ишемическая и нейропатическая
2. ишемическая и гангренозная
3. гангренозная и инфильтративная
4. инфильтративная и нейропатическая
5. инфильтративная и ишемическая

296. Физические нагрузки при сахарном диабете:

1. всегда повышают гликемию
2. не влияют на уровень гликемии
3. строго запрещены
4. повышают чувствительность к инсулину и снижают уровень гликемии
5. показаны только при ожирении

## 297. Мужчина 56 лет, страдающий ожирением 3 степени, жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы в крови натощак в пределах 7,8-10,6 ммоль/л. В течение 8 лет артериальная гипертензия. В настоящее время АД = 130/85 мм.рт.ст. (принимает ингибитор АПФ). Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. Лечебная тактика?

1. диета с ограничением суточного калоража до 2200 ккал плюс добавить инсулин короткого действия
2. диета с ограничением суточного калоража до 1800 ккал, при неэффективности добавить метформин
3. активная физическая нагрузка и препараты сульфонилмочевины
4. диета с ограничением суточного калоража до 1800 ккал плюс препараты сульфонилмочевины
5. лечение не проводится

## 298. Больная 56 лет, рост 160 см, масса 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы крови натощак 5,1 ммоль/л. Результаты перорального теста на толерантность к глюкозе (ТТГ): уровень глюкозы крови натощак 5,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы 10 ммоль/л. Поставьте диагноз?

1. нарушенная толерантность к глюкозе
2. сахарный диабет 1го типа
3. сахарный диабет 2го типа
4. стероидный диабет
5. сахарный диабет 2 го типа (MODY тип)

299. На приём к эндокринологу пришел пациент. При подсчёте ИМТ оказался 29,8 кг/м2. Определите степень нарушения жирового обмена?

1. избыточная масса тела
2. ожирение II степени
3. ожирение I степени
4. ожирение III степени
5. нормальная масса тела

300. При участии какого микроэлемента синтезируются гормоны Т3, Т4:

1. при участии магния
2. при участии калия
3. при участии кальция
4. при участии йода
5. при участии фосфора

301. Субклинический гипотиреоз характеризуется:

1. наличием зоба
2. повышенным уровнем Т3, Т4
3. повышенным уровнем ТТГ, при нормальном значении Т3,Т4
4. повышением ТТГ, Т3, Т4
5. снижением ТТГ,Т3, Т4

302. Основные лабораторно-диагностические критерии синдрома тиреотоксикоза:

1. норма ТТГ, снижение Т3, повышение Т4
2. повышение ТТГ
3. снижение всех гормонов ТТГ, Т4, Т3
4. снижение гормона ТТГ, повышение свободного Т4,Т3
5. повышение ТТГ, снижение свободного Т4, Т3

303. Основные клинические признаки при синдроме тиреотоксикоза у пожилых лиц:

1. поражение желудочно-кишечного тракта
2. эндокринная офтальмопатия, потливость, нарушение стула
3. выступают на передний план жалобы связанные с нарушением сердечно-сосудистой системы
4. поражение мочевыделительной системы
5. выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожных покровов

304. При общем осмотре больных с ДТЗ можно увидеть:

1. экзофтальм, пучеглазие, дрожание конечностей
2. энофтальм, медлительность, бледность кожи
3. кожа сухая, грубая
4. прогнатизм, диастема
5. желтушность кожи

305. Какое исследование нужно провести в первую очередь при гиперпаратиреозе:

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. глюкозы в крови
4. уровень кальция и фосфора крови
5. уровень калия и натрия в крови

306. Первичный гиперпаратиреоз обусловлен:

1. удалением паращитовидных желез
2. аутоиммунными поражениями паращитовидных желез
3. аденомой, гиперплазией паращитовидных желез
4. травмой паращитовидных желез
5. врожденной аплазией паращитовидных желез

307. Пробы Хвостека, Труссо, Вейса, Гофмана, Шлезингера проводят для диагностики латентных форм:

1. гипопаратиреоза
2. гипотиреоза
3. феохромоцитомы
4. гиперпаратиреоза
5. гиперкортицизма

308. Что характерно для гипопаратиреоза:

1. частые патологические переломы костей
2. боли в эпигастрии, диспепсия
3. появление камней в почках
4. выраженная жажда
5. повышение нервно-мышечной возбудимости с приступами тетании

309. При развитии судорог при гипопаратиреозе назначают:

1. 10% р-р глюконата или хлорида кальция в/в
2. 40% р-р глюкозы в/в
3. Кальцитриол 1 мкг, в/в
4. Седуксен
5. Гипотиазид 25 мг

310.У больной 42 лет при диспансерном обследовании обнаружили увеличение щитовидной железы 1 степени по классификации ВОЗ (2001). Выполнено УЗИ, при котором обнаружены изменения, характерные для хронического аутоиммунного тиреоидитаХашимото (железа увеличена с чередованием участков сниженной, средней и повышенной эхогенности), а также на его фоне узел в левой доле железы диаметром до 8 мм. Из анамнеза установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания. Какие исследования необходимо выполнить и ожидаемые результаты?

1. гормоны в норме
2. ТЗ, Т4 - снижение, ТТГ – увеличение, антитела к ТПО- 986.
3. ТТГ-снижение, Т3,Т4 снижение, антитела ТПО- норма
4. ТТГ-норма, Т3,Т4 снижение, антитела ТПО- норма
5. ТЗ, Т4 - снижение, ТТГ – снижение, антитела к ТПО- 30.

311. У больной Г., 35 лет, оперированной по поводу узлового нетоксического зоба на следующий день после гемиструмэктомии значительно измененилась фонация голоса. О каком осложнении следует думать?

1. повреждение возвратного нерва с одной стороны.
2. проявления гиперпаратиреоза.
3. проявления гипопататиреоза
4. проявление тиреотоксикоза
5. проявления гипотиреоза

312. Больная Н. 25 лет перенесла тяжелую форму ОРЗ. Уже в периоде выздоровления появилось  чувство давления в области шеи слева.  Появились боли при глотании, температура тела 38. Пальпируется левая доля щитовидной железы - увели­чена, плотная, резко болезненная. Какое заболевание можно заподозрить и укажите лечебную тактику:

1. Острый струмит. НПВП.
2. Первично хронический  тиреоидит. Антибактериальная терапия.
3. Острый тиреоидит. Антибиотики, десенсибилизирующая терапия, иммуностимуляторы, общеукрепляющая терапия.
4. Лимфоидный тиреоидитХашимото. Динамическое наблюдение.
5. Фиброзный тиреоидитРиделя.Общеукрепляющая терапия.

313. Каковы показания к оперативному лечению при узловом тиреотоксическом зобе?

1. отсутствие стойкой ремиссии при консервативном лечении
2. объем узлов щитовидной железы менее 1 см
3. тиреотоксический криз
4. старческий возраст
5. ТТГ крови более 100 мМЕ/л

314. Гипопитуитаризм – это снижение функции:

1. щитовидной железы
2. гипоталамуса
3. надпочечников
4. гипофиза
5. эпифиза

315. Синдром Симмондса-Шихана это:

1. некроз гипофиза, возникающий при массивном кровотечении во время родов.
2. симптомокомплекс, развивающийся у детей, страдающих сахарным диабетом, при хронической декомпенсации заболевания и проявляется гепатомегалией, задержкой роста и полового развития, ожирением
3. токсическая аденома щитовидной железы.
4. симптомокомплекс с ожирением, сахарным диабетом, низким ростом, гипогонадизмом и миотонией.
5. синдром внутриутробной задержки роста с асимметрией туловища

316. Какова основная причина акромегалии?

1. опухоль поджелудочной железы
2. опухоль гипофиза
3. опухоль щитовидной железы
4. опухоль надпочечника
5. опухоль гипоталамуса

317. Дефицит всех гормонов аденогипофиза называется:

1. гипокортицизм
2. гипогонадизм
3. гипертиреоз
4. болезнь Иценко-Кушинга
5. пангипопитуитаризм

318. Что из перечисленного ниже - частая причина хронической надпочечниковой недостаточности?

1. острая инфекция
2. аутоимунное поражение надпочечников
3. ИБС
4. Феохромоцитома
5. Гиперпролактемия

319. Дифференциальную диагностику первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности определяют по уровню:

1. кортизола
2. адреналина и норадреналина
3. АКТГ
4. 17 гидроксипрогестерона
5. электролитов крови

320. Больная, 49 лет, поступила в стационар с 2-х летним анамнезом артериальной гипертонии, почечными и нервно-мышечными проявлениями гипокалиемии. В биохимическом анализе крови К – 2,5 ммоль/л. Какой предварительный диагноз?

1. Первичный гиперальдостеронизм
2. Сахарный диабет 2 типа
3. Сахарный диабет 1 типа
4. Аддисонова болезнь
5. Диффузно токсический зоб

321. Больной М., родился с нормальным весом от родителей с нормальным ростом. В 6 месяцев он весил 13,5 кг, в 9 лет рост был равен 186 см и вес-80кг. В 18 лет рост его был равен 243 см. Пропорции тела в норме, огрубения черт лица нет. Какой предварительный диагноз?

1. Гиперфункция аденогипофиза, гигантизм
2. Гипорфункцияаденогипофиза, карликовость
3. Гипофункияаденогипофиза, нанизм
4. Ожирение II степени
5. Акромегалия

322. У больного С., 30 лет, рост равен 120см. Кожные покровы бледные. Голова небольшого размера, черты лица мелкие с детским соотношением отдельных частей (относительно малые размеры верхней челюсти и подбородка). Избыточное отложение жира на груди и животе. Голос высокий. Растительность на лице и туловище отсутствует. Психофизическое развитие нормальное. Отмечается некоторая инфантильность в поведении, снижение памяти. Основной обмен в пределах нормы. Имеются отклонения в репродуктивной сфере (нарушения полового влечения, неполноценный сперматогенез). Какой предварительный диагноз?

1. Гиперфункции аденогипофиза, гигантизм
2. Гипогонадизм
3. Гипокортицизм
4. Гипофункция аденогипофиза, нанизм
5. Гипофункция аденогипофиза, карликовость

323. Причиной развития гипогликемического синдрома может быть:

1. болезнь Иценко-Кушинга
2. феохромоцитома
3. синдром гипокортицизма
4. акромегалия
5. гигантизм

324. Причиной развития гипергликемического синдрома может быть:

1. синдром Иценко-Кушинга
2. гипотиреоз
3. синдром гипокортицизма
4. инсулинома
5. хронический гастрит

325. Условие проведения перорального теста на толерантность к глюкозе:

1. тест проводится вечером
2. перед тестом прием анальгетиков или других ЛС, способствующих гипергликемии
3. прием накануне не менее 300 г углеводов в сутки
4. больной не должен принимать пищу не менее, чем за 4 ч до теста
5. тест проводится после получасовой физической нагрузки

326. При осмотре в ротовой полости при синдроме гипергликемии можно выявить

1. географический язык
2. язык обложен желтым налетом
3. появление черных пятен на язык и деснах
4. пятна Бельского-Филатова-Коплика
5. расшатывание и раннее выпадение зубов

327. Частота сердечных сокращений в 1 минуту при синдроме гипертиреоза

1. 50-60
2. 60-70
3. 70-80
4. более 80
5. менее 50

328. Пальпация щитовидной железы позволяет определить:

1. размеры, консистенция, болезненность
2. кровоток
3. наличие лимфатических узлов
4. функцию
5. патоморфологические изменения

329. При осмотре больного с синдромом гиперкортицизма выявляется:

1. гипертрофия мышц
2. экзофтальм, редкое мигание
3. неравномерное ожирение, рост волос на лице у женщин, стрии на коже живота, бедер
4. сухость кожи, полиурия, полидипсия
5. дефигурация шеи

330. Для гиперфункции щитовидной железы характерно:

1. сонливость
2. брадикардия
3. отечность лица и сужение глазных щелей
4. повышенная возбудимость
5. депрессия

331. При синдроме острой гипогликемии

1. кожа влажная, двигательное возбуждение
2. дыхание шумное и редкое
3. кожа сухая
4. тургор снижен
5. дыхание Куссмауля

332. Для синдрома гипергликемии характерно:

1. цианоз
2. меланодермия
3. полиурия
4. аглюкозурия
5. анурия

333. Симптомы гипотиреоза:

1. поносы
2. потливость
3. цианоз
4. полиурия
5. микседематозные отеки

334. Для синдрома гипокортицизма характерно:

1. увеличение массы тела
2. гиперпигментация кожи, мышечная слабость
3. гипертония
4. тахикардия
5. тяга к сладкой пище

335. При синдроме повышенной функции щитовидной железы:

1. прибавка в массе тела
2. мышечная слабость
3. гиперпигментация
4. дрожь в руках, потливость, суетливость
5. полиурия

336. При зобе I степени по ВОЗ щитовидная железа

1. не видна на глаз, пальпируется
2. не видна на глаз, не пальпируется
3. видна на глаз, пальпируется
4. видна на глаз, не пальпируется
5. выраженная деформация шеи, не пальпируется

337. При зобе II степени по ВОЗ щитовидная железа

1. пальпируется, не видна на глаз
2. видна на глаз, пальпируется
3. выраженная деформация шеи, не пальпируется
4. не видна на глаз, не пальпируется
5. видна на глаз, не пальпируется

338. Полиурия характерна для:

1. гипотиреоза
2. гипопитуитаризма
3. гипокортицизма
4. гипергликемии
5. гипогликемии

339. Лабораторные критерии синдрома гипогликемии:

1. уровень глюкозы натощак меньше 6,0 ммоль/л
2. уровень глюкозы натощак больше 3,3 ммоль/л
3. уровень глюкозы натощак меньше 2,5 ммоль/л
4. уровень глюкозы натощак 6,1 ммоль/л и более
5. уровень глюкозы натощак больше 11,1 ммоль/л

340. При общем осмотре больных с гипертиреозом можно увидеть:

1. экзофтальм, пучеглазие, дрожание конечностей
2. энофтальм, медлительность, бледность кожи
3. кожа сухая, грубая
4. прогнатизм, диастема
5. гирсутизм, гинекомастия

341. При пальпации у здоровых взрослых щитовидная железа:

1. плотная, спаянная с подлежащими тканями
2. умеренная мягкая, не подвижная
3. мягкая, подвижная
4. мягкая, неподвижная
5. мягкая, бугристая

342. Для синдрома гипофункции щитовидной железы характерна:

1. избыточная секреция гормонов щитовидной железы
2. недостаточная секреция гормонов щитовидной железы
3. дефицит гормонов коры надпочечников
4. полное выпадение гормональной функции коры надпочечников
5. дефицит андрогенов

343. Индекс массы тела 38,2 кг/м2:

1. ожирение I степени
2. ожирение II степени
3. ожирение III степени
4. избыточная масса тела
5. дефицит массы тела

344. В норме окружность талии не должна превышать:

1. 94 см у мужчин и 80 см у женщин
2. 100 см у мужчин и 90 см у женщин
3. 102 см у мужчин и 99 см у женщин
4. 88 см у мужчин и 70 см у женщин
5. 100 см у женщин и 90 см у женщин

345. Принципы диеты при синдроме гипергликемии

1. повышение калорийности
2. ограничение белка
3. ограничение продуктов, содержащих клетчатку
4. прием легкоусвояемых углеводов
5. дробное питание, исключение легкоусвояемых углеводов

346. Какое заболевание возникают при гиперфункции гипофиза

1. гипопитуитаризм
2. гипофизарный нанизм
3. акромегалия
4. сахарный диабет
5. вторичный гипотиреоз

347. Микседематозный отек характерен для

1. синдрома гипокортицизма
2. синдрома гипотиреоза
3. синдрома гипертиреоза
4. синдрома гиперкортицизма
5. синдрома гипогликемии

348. Мерцательная аритмия может встречаться при:

1. синдроме гипертиреоза
2. синдроме гипергликемии
3. синдроме гипогликемии
4. синдроме гипокортицизма
5. синдроме гиперкортицизма

349. Артериальная гипотензия развивается при:

1. синдроме гиперкортицизма
2. синдроме гипертиреоза
3. синдроме ожирения
4. синдроме гипокортицизма
5. синдроме гипергликемии

350. При синдроме гипотиреоза температура тела обычно у больных:

1. повышена
2. снижена
3. субфебрильная
4. фебрильная
5. гектическая

351. Особенности отеков при синдроме гипофункции щитовидной железы:

1. плотные, не оставляют ямку
2. оставляет ямку при пальпации
3. выражены к вечеру на нижних конечностей
4. начинаются с лица
5. располагаются в дистальных отделах рук и ног

352. Для какого синдрома характерны «матронизм», «бычья шея», «мраморный рисунок кожи»:

1. гипергликемии
2. гипертиреоза
3. гипокортицизма
4. гиперкортицизма
5. гипотиреоза

353. Симптом Мебиса – это:

1. дрожание (тремор) закрытых век
2. нарушение конвергенции
3. пигментация век (верхних)
4. нарушение движение глазных яблок
5. отсутствие морщин лба при взгляде вверх

354. Пигментация век (верхних) при токсическом зобе - это симптом

1. Кохера
2. Мебиуса
3. Краузе
4. Елинека
5. Грефе

355. Белая полоска склеры между радужной оболочкой и верхним веком при взгляде вниз при токсическом зобе – это симптом:

1. Елинека
2. Штельвага
3. Грефе
4. Краузе
5. Мебиуса

356. Белая полоска склеры между радужной оболочкой и верхним веком при взгляде вверх при токсическом зобе – это симптом:

1. Кохера
2. Штельвага
3. Жофруа
4. Елинека
5. Краузе

357. Широкое раскрытие глазных щелей при токсическом зобе – это симптом:

1. Кохера
2. Дельримпля
3. Грефе
4. Елинека
5. Жофруа

358. Тремор вытянутых рук – это симптом Мари:

1. Кохера
2. Грефе
3. Мари
4. «телеграфного столба»
5. Дельримпля

359. При гиперфункции щитовидной железы кожа:

1. грубая, холодная на ощупь
2. влажная, теплая, эластичная, ладони горячие
3. сухая, чистая, эластичная, не изменена
4. сухая, эластичная, пигментированная
5. влажная, холодная на ощупь

360. Усиленная пульсация сонных артерий, приподнимающийся верхушечный толчок, пульс 110 уд. в минуту, аритмичный или частый пульс характерно при:

1. синдроме гипергликемии
2. синдроме гипогликемии
3. синдроме гиперфункции щитовидной железы
4. синдроме гипофункции щитовидной железы
5. синдроме гипокортицизме

361. Расширение границ относительной тупости сердца, ослабление тонов сердца, брадикардия, снижение АД характерны для синдрома:

1. гипергликемии
2. гипогликемии
3. гиперфункции щитовидной железы
4. гипофункции щитовидной железы
5. гипокортицизме

362. При гиперфункции щитовидной железы на ЭКГ определяется:

1. брадикардия
2. снижение вольтажа зубцов
3. тахикардия, изменение сегмента ST
4. удлинение интервала Т-Р
5. патологический зубец «q»

363. При гипокортицизме на компьютерной томографии надпочечников определяется:

1. атрофия коры надпочечников, участки кальцификации
2. гипертрофия коры надпочечников
3. повышение эхогенности ткани, гиперваскуляризация
4. увеличение размеров надпочечников
5. функциональная автономия

364. При гиперкортицизме на МРТ может определяться:

1. атрофия коры надпочечников
2. понижение эхогенности ткани
3. уменьшение размеров надпочечников
4. одно-/двусторонняя гиперплазия коры надпочечников
5. участки кальцификации

365. При гипофункции щитовидной железы на ЭКГ определяется:

1. наджелудочковая экстрасистолия
2. брадикардия, снижение вольтажа зубца Р, комплекс QRS
3. тахикардия, элевация сегмента ST
4. пароксизмальная тахикардия
5. патологический зубец «q»

366. Индекс массы тела 45,1 кг/м2 - степень ожирения:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

367. Критерий гестационного сахарного диабета (в ммоль/л):

1. глюкоза плазмы натощак > 7,0
2. глюкоза плазмы ч/з 2ч после еды глюкоза плазмы натощак > 11,1
3. глюкоза плазмы натощак > 5,1, но менее 7,0
4. глюкоза плазмы ч/з 2ч после еды глюкоза плазмы натощак < 7,8
5. глюкоза плазмы натощак<6,1

368. Показание к проведению перорального глюкозотолерантного теста:

1. бронхиальная астма в анамнезе
2. отягощенный акушерский анамнез, наследственная предрасположенность к СД
3. здоровый образ жизни
4. отсутствие факторов риска СД, молодой возраст
5. плод менее 4 кг при рождении

369. СД может развиться при:

1. пангипопитуитаризме
2. кахексии
3. хроническом панкреатите
4. хроническом простатите
5. хроническом цистите

370. Характерные симптомы декомпенсации СД:

1. полиурия, полифагия, похудение
2. прибавка в массе тела
3. потливость, дрожание конечностей
4. гинекомастия, гирсутизм
5. выпадение волос, извращение вкуса

371. Изменения кожи при СД:

1. влажность кожи
2. рубеоз, длительное заживление ран
3. гирсутизм
4. цианоз
5. бледность

372. 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

373. 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

374. 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

375. Вероятность развития ожирения у потомства, при наличии ожирения у обоих родителей составляет:

1. 70-80%
2. 80-90%
3. 50-60%
4. 100%
5. 30-40%

376. Вторичный гипотиреоз отличается от первичного:

1. снижением уровня продукции Т4
2. повышенным уровнем ТТГ
3. сниженным уровнем ТТГ
4. увеличением размеров щитовидной железы
5. увеличение уровней Т3 и Т4 более чем на 50% при тесте с тиролиберином

377. Инсулин выделяют:

1. α-клетки поджелудочной железы
2. β-клетки поджелудочной железы
3. гепатоциты
4. выводные протоки пожделудочной железы
5. pp-клетки поджелудочной железы

378. Наиболее часто сахарный диабет 2 типа развивается в возрасте:

1. 10-15 лет
2. 15-30 лет
3. 5-10 лет
4. 40-60 лет
5. до 5 лет

379. В корковом слое надпочечников выделяют следующие зоны:

1. пучковая, клубочковая, сетчатая
2. мозговая, паутинная, сетчатая
3. продольная, клубочковая, верхушечная
4. верхушечная, средняя, паутинная
5. латеральная, средняя, медиальная

380. Клинические признаки диабетического кетоацидоза:

1. потливость, дрожание конечностей
2. запах ацетона изо рта, дыхание Куссмауля
3. экзофтальм, тремор вытянутых рук
4. полостные отеки, анурия
5. мышечная слабость, гиперпигментация

381. Клинические признаки первичной хронической надпочечниковой недостаточности:

1. запах ацетона изо рта, дыхание Куссмауля
2. потливость, дрожание конечностей
3. экзофтальм, тремор вытянутых рук
4. мышечная слабость, гиперпигментация
5. полостные отеки, анурия

382. Метаболический синдром включает в себя:

1. артериальная гипотензия, кахексия, отеки
2. бледности кожи, ортостатическая гипотензия, обмороки
3. СД 2 типа, конъктивит, увеит
4. периферические отеки, акроцианоз, СД 2 типа
5. артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия, СД 2 типа

383. Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете является:

1. кетоацидотическая кома
2. гиперосмолярная кома
3. инфаркт миокарда
4. гангрена нижних конечностей
5. диабетическая нефропатия

384. К осложнениям инсулинотерапии относятся:

1. гипогликемические состояния
2. тошнота, рвота
3. постинсулиновыелиподистрофии
4. кетоацидоз
5. ретинопатия

385. При каком весе плода есть угроза развитии СД у ребенка?

1. больше 2,5 кг
2. больше 4 кг
3. больше 1,5 кг
4. меньше 1,5 кг
5. меньше 2,5 кг

386. Гормоны транспортируются к органам мишеням с помощью:

1. белков
2. жиров
3. углеводов
4. гликопротеидов
5. [витаминов](https://pandia.ru/text/category/vitamin/)

387.  Рилизинг – гормоны секретируются:

1. в гипофизе
2. в ядрах гипоталамуса
3. в эпифизе
4. в мозжечке
5. в гиппокампе

388. Уровень гликированного гемоглобина характеризует:

1. стадию нефропатии
2. степень ожирения
3. уровень углеводного обмена в течение последних трех месяцев
4. риск развития микрососудистых осложнений
5. риск гипогликемии

389. Инсулин стимулирует:

1. синтез гликогена
2. липолиз
3. кетогенез
4. протеолиз
5. гюконеогенез

390. К группе модифицируемых факторов риска при СД относятся:

1. пожилой возраст
2. нарушенное внутриутробное развитие
3. наследственная предрасположенность при СД 2 типа
4. высококалорийное питание, низкая физическая активность
5. возраст, пол

391. СД дифференцируется от:

1. тиреотоксикоза
2. хронической надпочечниковой недостаточности
3. несахарного диабета
4. артериальной гипертензии
5. ожирения

392. У больного СД 1 типа после физической нагрузки возникла дрожь, сердцебиение, сильный голод, слабость, беспокойство. Ваша тактика:

1. подождать самостоятельного прекращения симптомов
2. дать больному легкоусвояемые углеводы в количестве 1,5 – 2 ХЕ
3. в/в ввести физ.раствор 100 мл
4. срочно госпитализировать больного
5. дать настойку валерианы

393. Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна:

1. большая масса тела
2. гипогликемия
3. микросомия
4. гипокальцемия
5. гиперфосфатурия

394. Факторы риска развития гестационного диабета:

1. ранний токсикоз
2. поздний токсикоз
3. ХОБЛ
4. активный образ жизни
5. ожирение, наличие диабета у близких родственников, крупный плод в прошлом (более 4,5 кг)

395. Что нормализует уровень триглицеридов в крови?

1. жирная пища
2. диета с ограничением жиров
3. гиподинамия
4. сладости
5. диета с ограничением омега-3-жирных кислот

396. Индекс массы тела 38,2 кг/м2, какая степень ожирения:

1. ожирение I степени
2. ожирение II степени
3. ожирение III степени
4. избыточная масса тела
5. дефицит массы тела

398. Причины синдрома ожирения:

1. высокая физическая активность
2. сбалансированное питание
3. избыточное потребление высококалорийных продуктов
4. заболевания желудка
5. заболевания уха

399. Для синдрома ожирения присуще:

1. одышка при физической нагрузке и в покое
2. снижение веса
3. пониженный аппетит
4. снижение артериального давления
5. ИМТ менее 25кг/м2

400. Физикальное исследование больных с синдромом избыточного веса и ожирения включает в себя измерение:

1. массы тела и окружности талии
2. окружности шеи
3. суточного диуреза
4. количества выпитой жидкости
5. окружности головы

401. Индикатор висцерального ожирения:

1. измерение веса
2. вычисление ИМТ
3. измерение окружности мышц плеча
4. измерение окружности живота
5. измерение окружности головы

402. Индекс массы тела 26,2 кг/м2:

1. ожирение I степени
2. ожирение II степени
3. избыточная масса тела
4. ожирение III степени
5. дефицит массы тела

403. Развитию ожирения способствует:

1. физический труд
2. соблюдение принципов питания
3. прием метформина
4. прием статинов
5. гиподинамия

404. Ожирение является фактором развития:

1. сахарного диабета
2. брюшного тифа
3. гломерулонефрита
4. бруцеллеза
5. пиелонефрита

405. Редкое мигание при ДТЗ, это симптом:

1. Кохера
2. Штельвага
3. Мебиуса
4. Краузе
5. Грефе

406. Тиреотоксикоз встречается при:

1. начальной стадии аутоиммунного тиреоидита
2. гипотиреозе
3. спорадическом зобе
4. эндемическом зобе
5. ожирении

407. Профилактика и лечение эндемического зоба подразумевает:

1. прием мерказолила
2. прием бисопролола
3. активный образ жизни
4. йодирование хлеба, соли, прием препаратов йодида калия
5. прием статинов

408. Нормальный размер каждой доли щитовидной железы не превышает размер:

1. большого пальца кисти пальпирующего
2. концевой фаланги большого пальца кисти пальпируемого
3. концевой фаланги большого пальца кисти пальпирующего
4. дистальной фаланги указательного пальца пальпируемого
5. концевой фаланги пятого пальца кисти пальпирующего

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

1. узловой зоб
2. спорадический зоб
3. диффузный токсический зоб
4. эндемический зоб
5. аутоиммунный тиреоидит

410. Назовите основное клиническое проявление недостаточного поступления йода в организм человека:

1. эндемический зоб
2. аутоиммунный тиреоидит
3. подострый тиреоидит
4. диффузный токсический зоб
5. зоб Хашимото

411. Для профилактики ЙДЗ применяют:

1. левотироксин
2. тиамазол
3. йодированную соль
4. препараты калия
5. препараты натрия

412. Адаптация организма к внешним воздействиям по Cелье зависит от адекватной коррекции:

1. адреналина
2. альдостерона
3. кортизола
4. пролактина
5. окситоцина

413. Осложнения хронической надпочечниковой недостаточности:

1. ДТЗ
2. сахарный диабет
3. ожирение
4. аддисонический криз
5. болезнь Иценко-Кушинга

414. Для какого эндокринного заболевания характерен абдоминальный тип ожирения?

1. Болезнь Грейвса
2. Болезнь Аддисона
3. Болезнь Иценко-Кушинга
4. Болезнь Пламмера
5. Болезнь Реклингхаузена

415. Симптомы характерные для синдрома гипогликемии:

1. быстрая утомляемость, жажда
2. тошнота, рвота, боли в животе
3. боли в области сердца, повышение АД
4. чувство голода, появление дрожи, наличие судорог, повышенная потливость
5. усиленный верхушечный толчок, видимая пульсация аорты

416. Лечение гипогликемического синдрома, если больной в сознании:

1. срочное кормление больного, дать сладкий чай
2. в/в введение глюкагона+ инсулин
3. п/к введение инсулина короткого действия
4. п/к введение инсулина ультракороткого действия
5. в/м ввести адреналин

417. Лечение гипогликемического синдрома, если больной без сознания:

1. в/в введение глюкагона+ инсулин
2. п/к введение инсулина короткого действия
3. п/к введение инсулина ультракороткого действия
4. в/в струйно 50 ЕД инсулина длительного действия
5. в/в струйно введение 40% глюкозы

418. Причиной развития гипергликемического синдрома может быть:

1. синдром гипогликемии
2. гипотиреоз
3. синдром гиперкортицизма
4. синдром гипокортицизма
5. инсулинома

419. Синдром гипергликемии может развиться при:

1. ожирении, инсулите
2. пиелонефрите
3. активном образе жизи
4. простатите
5. синдроме гипокортицизма

420. Физикальный признак синдрома гипокортицизма:

1. маскообразное лицо
2. гиперпигментация особенно на открытых частях тела
3. избыточное отложение жира в области затылка
4. румянец щек
5. доскообразный живот

421. Индекс массы тела 17,2 кг/м2:

1. ожирение I степени
2. ожирение II степени
3. нормальная масса тела
4. избыточная масса тела
5. дефицит массы тела

422. Индекс массы тела 23,5 кг/м2:

1. ожирение I степени
2. ожирение II степени
3. нормальная масса тела
4. избыточная масса тела
5. дефицит массы тела

423. Причины гиперфункции щитовидной железы:

1. инфекция, стресс, прием больших доз йода
2. активный образ жизни
3. ежегодная йодная профилактика
4. рациональное питание
5. удаление щитовидной железы

424. Мерцательная аритмия может встречаться при:

1. синдроме гипергликемии
2. синдроме гипогликемии
3. синдроме гипертиреоза
4. синдроме гипотиреоза
5. синдроме гипокортицизма

425. Общая слабость, быстрая утомляемость, выраженная мышечная слабость, потемнение кожи, гипотония - эти жалобы характерны для синдрома:

1. гипотиреоза
2. гиперкортицизма
3. гипогликемии
4. гипертиреоза
5. гипокортицизма

426. При синдроме гипокортицизма определяется:

1. дефицит кортизола
2. снижение СТГ
3. снижение ТТГ
4. снижение ТТГ, СТГ
5. дефицит АДГ

427. При гипокортицизме на коже отмечается:

1. бугорки
2. узелки
3. папула
4. участки пигментации и депигментации
5. везикулы

428. При синдроме тиреотоксикоза пульс:

1. малого напряжения, малой скорости
2. напряженный, полный, высокий, большой, скорый, аритмичный
3. редкий
4. мягкий, медленный
5. двойной

429. При гипофункции щитовидной железы холестерин крови

1. увеличивается выше нормы
2. уменьшается ниже нормы
3. не изменяется
4. увеличивается до верхней границы нормы
5. уменьшается до нижней границы нормы

430. Клинические симптомы поражения сердечно-сосудистой системы при синдроме гипергликемии:

1. мерцательная аритмия
2. асистолия
3. боли в области сердца иррадиирущий в левою плечо, левую руку, ослабление верхушечного толчка, ослабление тонов сердца
4. «кошачье мурлыканье»
5. дискомфорт в области сердца

431. Клинические симптомы поражения глаз при синдроме гипергликемии:

1. снижение остроты зрения, трудности при чтении, трудности в работе на близком расстоянии
2. «мурашки» перед глазами
3. «вспышки» перед глазами
4. зрительные галлюцинации
5. беспричинное улучшение зрения

432. Клинические симптомы поражения почек при синдроме гипергликемии:

1. гематурия
2. лейкоцитурия
3. понижение относительной плотности мочи
4. анурия
5. снижение СКФ, артериальная гипертензия, увеличение выделение белка с мочой

433. Больной 16 лет: ожирение по верхнему типу, лунообразное лицо, широкие багровые стрии с "минус-тканью", АД - 160/100 мм.рт.ст. Рентгенологически - турецкое седло расширено. О каком заболевании можно думать?

1. Гипоталамический синдром пубертатного периода
2. Экзогенно-конституциональное ожирение
3. Болезнь Иценко-Кушинга
4. Андростерома
5. Альдостерома

434. Больной 34 лет страдает приступами артериальной гипертонии до 220/140 мм.рт.ст, сопровождающимиеся тремором, потливостью, тахикардией, с самопроизвольным снижением АД через 20-30 минут. О каком заболевании можно думать?

1. Диффузный токсический зоб
2. Феохромоцитома
3. Болезнь Иценко-Кушинга
4. Глюкокортикостерома
5. Альдостерома

435. Больную 43 лет беспокоят прибавка в весе, слабость, отечность лица, сухость кожи, запоры, аменорея, ухудшение памяти. Кожа сухая, холодная. Щитовидная железа не пальпируется. АД - 90/60 мм.рт.ст., пульс - 52 в мин. Т3, Т4 снижены, ТТГ - повышен. О каком заболевании идет речь?

1. центральное ожирение
2. первичный гипотиреоз
3. вторичный гипотиреоз
4. синдром поликистозных яичников
5. гипоталамический синдром

436. Больную 43 лет беспокоят прибавка в весе, слабость, отечность лица, сухость кожи, запоры, аменорея, ухудшение памяти. Кожа сухая, холодная. Щитовидная железа не пальпируется. АД - 90/60 мм.рт.ст., пульс - 52 в мин. Т3, Т4 снижены, ТТГ - повышен. Какое лечение показано больной?

1. тиреостатические препараты
2. тиреоидные препараты
3. диуретики
4. препараты йода
5. нестероидные противовоспалительные препараты

437. Больная 45 лет обратилась с жалобами на резкую боль в области передней поверхности шеи слева, повышение температуры до 38-39°С, слабость. Щитовидная железа: слева округлое, мягкое, резко болезненное образование, кожа над ним горячая, гиперемирована. Какой диагноз наиболее вероятен?

1. Эндемический зоб, узел левой доли щитовидной железы
2. Эндемический зоб, киста левой доли щитовидной железы
3. Токсическая аденома щитовидной железы
4. Кровоизлияние в левую долю щитовидной железы
5. Абсцесс левой доли щитовидной железы

438. Больной 20 лет, болеет сахарным диабетом 1 типа внезапно потерял сознание. Кожные покровы влажные, холодные, тонус глазных яблок повышен, тахикардия.  
Какую первую помощь должны оказать родственники?

1. дать выпить сладкий напиток
2. дать понюхать раствор нашатырного спирта
3. ввести препарат глюкагона 5 мл в/м
4. ввести инсулин короткого действия 0,1 ЕД/кг, п/к
5. ввести инсулин короткого действия 0,2 ЕД/кг, п/к

439. Больной 22 года, жалуется на сильную жажду, учащенное мочеиспускание. Гликемия натощак 4,5 ммольл. ОАК - норма. Удельный вес мочи - 1002, лейкоциты 2-1 в п. зрения, эпителий 8 - 10 в п. зрения.  
Какое обследование необходимо для уточнения диагноза?

1. оральный глюкозотолерантный тест
2. контроль гликемии в течение дня
3. анализ мочи по Нечипоренко
4. анализ мочи по Зимницкому
5. определение азотистых шлаков в крови

440. У девушки 26 лет случайно обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 5,7 ммоль/л. При повторном обследовании гликемия натощак: 5,5 - 5,9 ммоль/л. ИМТ=36.   
Какой наиболее вероятный диагноз?

1. патологии нет
2. нарушение гликемии натощак
3. сахарный диабет, тип 1
4. сахарный диабет, тип 2
5. нарушенная толерантность к глюкозе

441.Какой симптом проявляется нарушением конвергенции глазных яблок?

1. Дальримпля
2. Кохера
3. Грефе
4. Штельвага
5. Мебиуса

442. 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

443. 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

444. 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

445.  Патология какой железы проявляется расстройством роста?

1. эпифиз
2. пара щитовидные железы
3. надпочечники
4. гипофиз
5. тимус

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

1. яичники
2. паращитовидные железы
3. надпочечники
4. гипофиз
5. тимус

447. 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

448. Укажите название глазного симптома, характеризующегося двухсторонним расширением глазной щели, создающего впечатление каленного взгляда?

1. Дальримпля
2. Кохера
3. Грефе
4. Штельвага
5. Мебиуса

449. Название глазного симптома, проявляющегося блеском глаз?

1. Кохера
2. Грефе
3. Штельвага
4. Крауса
5. Мебиуса

450. Сахарный диабет 2 типа характеризуется:

1. манифестацией до 40 лет
2. избыточной массой тела
3. склонностью к кетоацидозу
4. яркой клинической картиной
5. преобладание микроангипатий

452. В лечении кетоацидотичсекой комы правильно:

1. бикарбонат натрия следует вводить всегда с самого начала
2. для применения препаратов калия не требуется его определение в крови
3. начальное лечение должно включать не менее 100 ЕД инсулина
4. наиболее эффективно постоянное или дробное введение малых доз инсулина
5. надо как можно быстрее снизить уровень глюкозы

453. Для тяжелой степени тяжести диффузного токсического зоба характерно:

1. отсутствие признаков эндокринной офтальмопатии
2. САД 125 мм.рт.мт., ДАД 80мм.рт.ст.
3. появление мерцательной аритмии
4. уменьшение массы тела на 5% от исходной
5. отрицательные глазные симптомы

454. Для клиники аутоиммунного тиреоидита характерно:

1. медленное развитие в течение нескольких лет
2. острое развитие заболевания
3. повышение температуры тела
4. увеличение регионарных лимфатических узлов
5. боли в области шеи, уисливающиеся при повороте головы и кашле

455. Наиболее частая локализация феохромоцитомы:

1. хромаффинная ткань мозгового вещества надпочечника
2. орган Цуккеркандля
3. стенка мочевого пузыря
4. симпатические узлы
5. средостение

456. Гормоны – это вещества, которые синтезируются в железах внутренней секреции и поступают непосредственно:

1. в кровь
2. в лимфу
3. в спинномозговую жидкость
4. в мочу
5. в желудочно-кишечный тракт

457. Особенностью клинического течения вторичного гипокортицизма является:

1. наличия клинических признаков недостаточности СТГ
2. отсутствия симптомов недостаточности минералокортикоидов
3. наличия клинических признаков недостаточности гонадотропинов
4. наличия клинических признаков недостаточности ТТГ
5. наличия гиперпигментации

458. Юноша 17 лет жалуется на избыточный вес (с 5 лет, частые головные боли). В возрасте 11–12 лет был выше сверстников. Рост 176 см, вес 110 кг. Лицо округлое. Розовые стрии в области живота и бедер. Половое развитие соответствует возрасту. АД 160/100 мм рт. ст. Предположительный диагноз:

1. болезнь Иценко–Кушинга
2. экзогенно-конституциональное ожирение
3. синдром Иценко–Кушинга
4. пубертатно-юношеский диспитуитаризм
5. гипертоническая болезнь

459. Наименее часто атеросклеротические изменения при сахарном диабете выявляются в сосудах:

1. коронарных
2. селезенки
3. головного мозга
4. почек
5. нижних конечностей

460. Проявлением какого заболевания является синдром гиперкортицизма:

1. Болезнь Иценко-Кушинга
2. Болезнь Аддисона
3. ДТЗ
4. Сахарный диабет
5. Феохромоцитома

461. Проявлением какого заболевания является синдром гипокортицизма:

1. Эндокринная офтальмопатия
2. Глюкостерома
3. Андростерома
4. Болезнь Аддисона
5. Феохромоцитома

462. Укажите клинический симптом, характерный для синдрома гиперкортицизма:

1. гипертрофия мышц
2. микседематозные отеки
3. «кушингоидное ожирение», артериальная гипертензия
4. «географический» язык
5. анурия

463. Какая жалоба характерна для больного с сахарным диабетом?

1. жажда
2. плаксивость
3. похудание
4. отвращение к жирной пище
5. головные боли

464. Что из нижеперечисленного ассоциируется с сахарным диабетом:

1. кахексия
2. отеки
3. висцеральное ожирение
4. плохой сон
5. анорексия

465. Как изменяется кожа при сахарном диабете:

1. желтуха
2. гиперпигментация
3. рубеоз лица
4. потливость
5. папиллома

466. Что ассоциируется с сахарным диабетом:

1. сухой язык
2. влажный язык
3. атрофия сосочков языка, лакированный язык
4. «географический» язык
5. пятна Бельского-Филатова-Коплика

467. Факторы риска сахарного диабета:

1. дислипидемия
2. хроническая болезнь почек
3. анемия
4. хронический гепатит
5. стрептококковая инфекция

468. Конечный продукт окисления глюкозы в норме:

1. кетоновые тела
2. углекислый газ
3. вода + углекислый газ + энергия
4. кислород и водород
5. белок

469. Конечный продукт анаэробного пути окисления глюкозы:

1. мочевина
2. пировиноградная кислота и молочная кислота
3. углекислый газ и вода
4. кетоновые тела и молочная кислота
5. глюкоза не окисляется

470. Тиреотропный гормон выделяет:

1. передняя доля гипофиза
2. гипоталамус
3. турецкое седло
4. надпочечники
5. задняя доля гипофиза

471. Тиреотропный гормон регулирует выработку:

1. гормонов паращитовидных желез
2. гормонов надпочечников
3. экзофтальмического фактора
4. катехоламинов
5. гормонов щитовидной железы

472. При диффузное токсическом зобе со стороны сердца:

1. брадиаритмия
2. гипертрофия правого желудочка
3. мерцательная аритмия с тахикардией
4. повышение ЛАД
5. АВ-блокада

473. При болезни Иценко-Кушинга на коже:

1. стрии + гирсутизм
2. бледность кожи
3. следы расчесов
4. желтушность
5. цианоз, сухость кожи

474. Паратгормон выделяется:

1. в щитовидной железой
2. в паращитовидных железах
3. в мозговом слое надпочечников
4. в сетчатой зоне надпочечников
5. в гипоталамусе

475. Назовите клинические последствия недостаточного поступления йода в организм человека:

1. эндемический зоб
2. аутоиммунный тиреоидит
3. подострый тиреоидит
4. диффузный токсический зоб
5. рак щитовидной железы

476. Эндемический зоб протекает с явлениями:

1. гипокортицизма
2. гиперкортицизма
3. эутиреоза или гипотиреоза
4. гипогонадизма
5. гипопитуитаризма

477. Для профилактики ЙДЗ применяют:

1. иодированную соль
2. тироксин
3. мерказолил
4. препараты калия
5. тирозол

478. Жалобы больных при гипотиреозе:

1. вялость
2. сонливость
3. запоры
4. медлительность
5. все перечисленные

479. Изменение сердечно-сосудистой системы при гипотиреозе:

1. брадикардия, расширение границ сердца
2. усиление верхушечного толчка
3. тахикардия
4. увеличение минутного объема
5. повышение систолического АД

480. Основные симптомы подострого тиреоидита:

1. анемия
2. экзофтальм
3. похудание
4. дисфагия, болезненность щитовидной железы
5. муцинозные отеки

481. При гипопаратиреозе снижается уровень:

1. фосфора
2. натрия
3. кальция
4. калия
5. все перечисленное

482. Причиной гигантизма является:

1. гиперпродукция ТТГ
2. гиперпродукцияАКТГ
3. гиперпродукция СТГ
4. гипертрофия внутренних органов
5. гиперплазия внутренних органов

483. Основной обмен регулируется:

1. кортизолом
2. водно-электролитным обменом
3. катехоламинами
4. Т3, Т4
5. глюкозой

484. Тахиаритмия характерна для следующей эндокринной патологии:

1. Феохромоцитома
2. Надпочечниковая недостаточность
3. Диффузный токсический зоб
4. Сахарный диабет
5. Болезнь Иценко-Кушинга

485. Лечение синдрома избыточной массы тела алиментарного генеза включает:

1. прием алкоголя
2. гипокалорийная диета, физическая активность
3. прием глюкокортикоидов
4. лазеротерапия
5. гирудотерапия

486. Инсулин синтезируется:

1. альфа-клетками поджелудочной железы
2. дельта-клетками поджелудочной железы
3. бета-клетками поджелудочной железы
4. ПП-клетками поджелудочной железы
5. в корковом слое надпочечеников

487. Назовите глазной симптом при ДТЗ:

1. Шлезингера
2. Вейса
3. Хвостека
4. Мари
5. Грефе

488. Для феохромоцитомы при кризовой форме в первую очередь характерно:

1. потеря сознания
2. выделение мочи цвета «мясных помоев»
3. кризовое повышение АД
4. олигурия
5. тошнота, рвота

489. Лютеинизирующий гормон вырабатывается:

1. в яичниках и яичках
2. в мозговом слое надпочечников
3. в поджелудочной железе
4. в нейрогипофизе
5. в канальцах нефрона

490. Гирсутизм – это:

1. увеличение молочных желез
2. признак феминизации
3. один из симптомов сахарного диабета
4. избыточный рост терминальных волос у женщин и детей по мужскому типу
5. выпадение волос

491. Роль школы диабета в лечении сахарного диабета 2 типа:

1. ухудшение течения заболевания
2. самоконтроль, профилактика осложнений
3. повышение уровня гликемии
4. повышение частоты осложнений
5. снижение физической активности

492. Для Аддисоновой болезни характерна:

1. гиперпигментация кожи и открытых частей тела
2. краснота и гиперемия кожи
3. бледность кожи
4. желтушность кожи
5. акроцианоз

493. Акромегалия связана с:

1. гипопродукция АКТГ
2. гиперпродукция АКТГ
3. гиперпродукцией СТГ
4. гиперпродукцией ТТГ
5. гипопродукцией кортизола

493. Увеличение языка характерно для:

1. сахарного диабета
2. В12-дефицитной анемии
3. сердечной недостаточности
4. акромегалии
5. гипотиреоза

495. Эндемическое увеличение щитовидной железы связано с:

1. недостаточностью калия йодида
2. недостаточностью фосфора
3. недостаточностью кальция
4. недостаточностью калия
5. недостаточностью йода

496. Основной обмен повышен при:

1. тиреотоксикозе
2. гипотиреозе
3. феохромоцитоме
4. острой надпочечниковой недостаточности
5. опухолях гипофиза

497. Основной обмен снижен при:

1. тиреотоксикозе
2. гипотиреозе
3. феохромоцитоме
4. острой надпочечниковой недостаточности
5. опухолях гипофиза

498. Инсулин:

1. снижает глюкозу в крови
2. повышает глюкозу в крови
3. не влияет на концентрацию глюкозы
4. инактивирует фероментыуглвеодного обмена
5. повышает активность бета-клеток

499. Острое осложнение при сахарном диабете:

1. адреналовый криз
2. аддисонический криз
3. гипотиреоидная кома
4. диабетическая кетоацидотическая кома
5. тиреотоксический криз

500. При сахарном диабете 1 типа поражается:

1. бета-клетки поджелудочной железы
2. жировые клетки
3. альфа-клетки поджелудочной железы
4. чувствительность к инсулину рецепторов
5. кардиомиоциты