

**Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Детская эндокринология».**

Тестовые задания

Укажите один правильный ответ

1. Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению

- 001 **ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ЙОДА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ**
- А морепродукты
 - Б молочные продукты
 - В грецкие орехи
 - Г фрукты и овощи
- 002 **ПРОФИЛАКТИКА ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ВКЛЮЧАЕТ**
- А использование йодированной соли
 - Б соблюдение гипокалорийной диеты
 - В регулярное употребление грецких орехов
 - Г повышенное употребление белка
- 003 **МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЙОДА СОДЕРЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОДУКТЫ**
- А морская капуста
 - Б персики
 - В грецкие орехи
 - Г пикша
- 004 **ДЛЯ ГРУППОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДДЕФИЦИТА , ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**
- А калия йодид
 - Б йодказеин
 - В йод-актив
 - Г левотироксин
- 005 **ВАЖНЫМ ТРЕБОВАНИЕМ К ПАМЯТКАМ И БРОШЮРАМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**
- А доступность изложения
 - Б императивный характер формулировок
 - В наличие художественно выполненных иллюстраций
 - Г отражение негативных последствий диабета

- 006 ШПРИЦ-РУЧКУ С ИНСУЛИНОМ МОЖНО ХРАНИТЬ ПРИ КОМНАТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ НЕ БОЛЕЕ
- А одного месяца
 - Б одной недели
 - В двух-трех дней
 - Г двух месяцев
- 007 ЗАПАС ИНСУЛИНА СЛЕДУЕТ ХРАНИТЬ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ (ГРАДУСЫ)
- А 2 - 8
 - Б 0- 2
 - В 0 - (-2)
 - Г (-2) - (-4)
- 008 ЕСЛИ ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА РЕБЕНКУ ДЕЛАЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШПРИЦА, ЖЕЛАТЕЛЬНО, ЧТОБЫ ЦЕНА ДЕЛЕНИЯ БЫЛА НЕ БОЛЕЕ (ЕД)
- А 0,5
 - Б 1,0
 - В 2,0
 - Г 4,0
- 009 ПРИ ВВЕДЕНИИ ИНСУЛИНА ШПРИЦ-РУЧКОЙ ПЕРВОНАЧАЛЬНО СЛЕДУЕТ
- А убедиться в проходимости иглы
 - Б установить нужную дозу инсулина
 - В сформировать кожную складку
 - Г обработать место инъекции спиртом
- 010 ИНСУЛИН ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ
- А подкожно
 - Б внутримышечно
 - В внутривенно
 - Г лимфотропно
- 011 В ЙОДДЕФИЦИТНЫХ РЕГИОНАХ ГРУППОВУЮ ЙОДНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
- А постоянно
 - Б с перерывами через каждые 2 месяца
 - В с перерывом на летне-осенний период
 - Г с перерывом в пубертатный период
- 012 ПРЕДИКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А короткий период грудного вскармливания

- Б позднее введение овощного прикорма
 - В дефицит белка на 1м году жизни
 - Г гипербилирубинемия в период новорожденности
- 013 К ПРЕДИКТОРАМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
- А низкая масса при рождении
 - Б масса тела при рождении 3500 г
 - В масса тела в возрасте 1года -10кг
 - Г прибавка в массе 300-500 грамм в месяц во втором полугодии 1го года жизни
- 014 К ТРИГЕРАМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
- А гиподинамия
 - Б отягощенный семейный анамнез
 - В оперативное родоразрешение
 - Г неблагоприятное течение беременности
- 015 МАНИФЕСТАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА В СЕМЬЯХ ВЫСОКОГО РИСКА МОЖЕТ ОТСРОЧИТЬ ИЛИ ПРЕДОТВРАТИТЬ
- А естественное вскармливание и последующее сбалансированное питание
 - Б регулярное обследование детей с оценкой состояния углеводного обмена
 - В использование на 1-м году жизни адаптированных питательных смесей
 - Г обогащение диеты продуктами с высоким содержанием йода
- 016 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИПОДИСТРОФИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СД 1 НЕОБХОДИМО
- А менять иглу после каждой инъекции
 - Б использовать инсулины ультракороткого действия
 - В не вводить инсулин в ягодичные мышцы
 - Г использовать иглы диаметром 6-8 мм
- 017 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ ОЦЕНИВАЮТ ПО
- А уровню ТТГ более 5 мЕД/л у новорожденных при неонатальном скрининге
 - Б частоте зоба у школьников допубертатного возраста
 - В медиане йодурии у школьников допубертатного возраста
 - Г медиане уровня тиреоглобулина у детей и взрослых
- 018 ОБ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО

ДЕФИЦИТА В РЕГИОНЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЗОБА У ШКОЛЬНИКОВ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА НИЖЕ (%)

- А 5,0
- Б 10,0
- В 15,0
- Г 20,0

019 О ДОСТАТОЧНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЙОДОМ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЙОДА В МОЧЕ У ШКОЛЬНИКОВ (МЕДИАНЫ МКГ %)

- А более 5
- Б 5,0-4,0
- В 4,0-3,0
- Г 3,0-2,0

020 КОРРЕКЦИЯ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А использованием адаптированных смесей
- Б использованием йодированной соли
- В назначение йодомарина в дозе 50 мкг/сутки
- Г назначение L-тироксина в дозе 25 мкг/сутки

021 С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ЕГО МАТЕРИ НАЗНАЧАЮТ

- А 200 мкг йодомарина
- Б 100 мкг йодомарина
- В 100 мкг L-тироксина
- Г 100 мкг йодтирокса

022 БОЛЬШЕ ВСЕГО ОТ ДЕФИЦИТА ЙОДА СТРАДАЮТ

- А дети раннего возраста
- Б дошкольники и младшие школьники
- В дети в периоде пубертата
- Г взрослые люди фертильного возраста

023 ЖЕНЩИНЫ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНА ПРИНИМАТЬ ПРЕПАРАТЫ ЙОДА

- А на этапе прегравидарной подготовки и в течение всей беременности

- Б с момента наступления беременности до родов
В с 4 до 9 месяцы беременности
Г со 2 по 6 месяцы беременности
- 024 ДЕТИ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ КРЕТИНИЗМОМ РОЖДАЮТСЯ В РЕГИОНАХ
А тяжелого йодного дефицита
Б среднетяжелого йодного дефицита
В легкого йодного дефицита
Г йоднаполненных, но экологически неблагополучных
- 025 ГИПОТИРОКСИНЕМИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ НЕКОРРЕКТИРУЕМОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА, В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ НА
А формирование ЦНС
Б опорно-двигательный аппарат
В желудочно-кишечный тракт
Г кроветворную систему
- 026 ПРИ ДОСТАТОЧНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РЕГИОНА ЙОДОМ ЗОБ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ШКОЛЬНИКОВ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА МЕНЕЕ ЧЕМ У (%)
А 5,0
Б 8,0
В 10,0
Г 15,0
- 027 ПРИ РАБОТЕ С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА, ИМЕЮЩЕГО ЛИШНИЙ ВЕС, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
А мотивация на изменение стиля жизни
Б выяснение неблагоприятных наследственных факторов
В уточнение предикторов ожирения
Г описание возможных неблагоприятных последствий ожирения
- 028 КРУПЫ И МАКАРОННЫЕ ИЗДЕЛИЯ РЕБЕНОК С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА
А может употреблять на завтрак
Б должен полностью исключить из пищевого рациона
В может употреблять на ужин
Г может употреблять в любое время суток
- 029 СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
А игра в баскетбол 30-40 минут ежедневно

- Б уроки физкультуры в общеобразовательной школе 2-3 раза в неделю
- В ходьба пешком, 2-3 км в день
- Г подъем по лестнице на 4-5 этаж 1-2 раза в день
- 030 ДИАГНОЗ «ОЖИРЕНИЕ» ИЛИ «ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА» НЕ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ МЕНЕЕ (ГОДЫ)
- А 1,0
- Б 2,0
- В 3,0
- Г 4,0
- 031 ДЕТЯМ С НЕСКОЛЬКИМИ ПРЕДИКТОРАМИ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ ЖАЖДУ СЛЕДУЕТ УТОЛЯТЬ
- А водой
- Б чаем с лимоном без сахара
- В натуральными соками
- Г шипучими напитками
- 032 УМЕНЬШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ДАЖЕ НА (%)
- А 5,0
- Б 10,0
- В 15,0
- Г 20,0
- 033 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОРИЕНТИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА НА СНИЖЕНИЕ МАССЫ В МЕСЯЦ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА (КГ)
- А 2,0-4,0
- Б 5,0-6,0
- В 1,0-1,5
- Г 8,0-10,0
- 034 ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОГЕННОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НАЧИНАЕТСЯ
- А в грудничковом возрасте
- Б в период введения прикорма
- В когда у ребенка появляются карманные деньги
- Г с началом школьной жизни и негативным отношением к выполнению уроков

- 035 НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ СПОСОБОМ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ
ФОРМИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ
ЯВЛЯЕТСЯ
- А достижение хорошей компенсации диабета
 - Б проведение миографии ежегодно
 - В осуществление осмотра невролога дважды в год
 - Г использование ультракоротких аналогов инсулина
- 036 ВЫЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ВОЗМОЖНО
ПО
- А появлению микроальбуминурии
 - Б выявлению артериальной гипертензии
 - В результатам пробы Роберга
 - Г наличию стойкой протеинурии
- 037 ИНСУЛИН ВСАСЫВАЕТСЯ БЫСТРЕЕ ВСЕГО, ЕСЛИ
ИНЪЕКЦИЮ СДЕЛАЛИ
- А в область живота
 - Б в ягодицу
 - В в плечо
 - Г в бедро
- 038 ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЛИПОДИСТРОФИИ НЕОБХОДИМО
ОТСТУПИТЬ ОТ МЕСТА ПРЕДЫДУШЕЙ ИНЪЕКЦИИ НЕ
МЕНЕЕ ЧЕМ НА (СМ)
- А 1,0
 - Б 0,5
 - В 2,0
 - Г 3,0
- 039 ИГЛУ НА ИНСУЛИНОВОЙ ШПРИЦ-РУЧКЕ СЛЕДУЕТ МЕНЯТЬ
- А после каждой инъекции
 - Б через 3-5 дней
 - В ежедневно
 - Г не реже 1 раза в неделю
- 040 ФОРМИРОВАНИЮ ЛИПОДИСТРОФИИ СПОСОБСТВУЕТ
- А редкая смена игл для инъекции
 - Б смена игл после каждой инъекции инсулина
 - В введение инсулина в разные зоны для инъекций
 - Г введение пролонгированного инсулина в область живота

041 ЗАТУПЛЕНИЕ ИГЛЫ НА ШПРИЦ-РУЧКЕ, ВЫЗВАННОЕ ЕЕ МНОГОКРАТНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ И НЕ ЗАМЕТНОЕ ПРОСТЫМ ГЛАЗОМ ВЫЗЫВАЕТ

- А микротравму тканей
- Б замедленное поступление инсулина в подкожную клетчатку
- В инфицирование тканей
- Г неравномерное всасывание инсулина из места инъекций

042 ПРОФИЛАКТИКА ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, БУДЕТ НЕ ЭФФЕКТИВНОЙ, ЕСЛИ

- А используется адаптированная молочная смесь, содержащая менее 90 мкг йода на 1 литр готовой смеси
- Б ежемесячные прибавки массы ребенка в 2-3 раза превышают возрастную норму
- В акт дефекации ребенок совершает 6-7 раз в сутки
- Г в связи с дисбактериозом ребенок постоянно получает про- и пребиотики

II. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и/ или состояний эндокринной системы

001 ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТЕРИОЗЕ УРОВЕНЬ

- А ТТГ повышен
- Б ТТГ снижен
- В Т4 повышен
- Г Т4 снижен

002 ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

- А тироксин в пределах нормы
- Б тироксин резко снижен
- В тиреотропин снижен
- Г тиреотропин в пределах нормы

003 ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ТИПИЧНО

- А снижение массы тела
- Б брадикардия
- В низкое пульсовое давление
- Г снижение рефлексов

004 ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ТИПИЧНО

- А высокое пульсовое давление
- Б избыточные прибавки массы
- В урежение пульса

- Г низкое пульсовое давление
- 005 ЗОБ У ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭНДЕМИЧНОЙ МЕСТНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ
- А эндемический
 - Б тиреотоксический
 - В дисгормональный
 - Г аутоиммунный
- 006 ИСХОДОМ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ
- А гипотиреоз
 - Б гипертиреоз
 - В дисгормоногенез
 - Г резистентность щитовидной железы к тиреотропину
- 007 ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ЧАСТО ИМЕЮТ МЕСТО
- А нарушения трофики кожи
 - Б колебания показателей артериального давления
 - В неустойчивый, учащенный стул
 - Г эмоциональная лабильность и плохой сон
- 008 ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ
- А уровень холестерина снижен
 - Б характерна гиперхолестеринемия
 - В липидный спектр сыворотки крови в пределах нормы
 - Г уровень трансаминаз ниже нормы
- 009 ДЛЯ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА НА ЭКГ ХАРАКТЕРНО
- А повышение вольтажа зубцов
 - Б снижение вольтажа зубцов
 - В удлинение интервала PQ
 - Г Удлинение интервала QT
- 010 ПРИОБРЕТЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ СЛЕДСТВИЕМ
- А аутоиммунного тиреоидита
 - Б диффузного токсического зоба
 - В аденомы гипофиза
 - Г метастазов рака в щитовидную железу
- 011 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А отсутствием нарушений

- Б чередование состояний гипер- и гипотериоза
В тяжелым гипотиреозом
Г стойким гипертиреозом
- 012 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А дисгенезия щитовидной железы
Б дефицит ферментов, необходимых для синтеза гормонов
В полное отсутствие щитовидной железы
Г резистентность периферических тканей к тиреоидным гормонам
- 013 ПРИ ПОДОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А ускорение СОЭ
Б гиперхромная анемия
В лейкопения за счет нейтропении
Г нейтрофильный лейкоцитоз
- 014 ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА НАЧИНАЕТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ В
А 10 недель внутриутробного развития
Б 15 недель внутриутробного развития
В 25 недель внутриутробного развития
Г через 1-2 неделю после рождения ребенка
- 015 ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А лимфоидной инфильтрацией
Б гигантоклеточными гранулемами
В преобладанием фиброза, прорастанием капсулы
Г появлением атипичных клеток
- 016 ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ УЗИ КАРТИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А диффузным снижением эхогенности
Б неизменной гомогенной структурой
В распространенным фиброзом с прорастанием в окружающие ткани
Г наличием множественных инкапсулированных образований
- 017 ВЫПАДЕНИЕ БРОВЕЙ, РЕСНИЦ, ВОЛОС, МАССИВНЫЕ ПЛОТНЫЕ ОТЕКИ ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ
А гипотиреозе
Б тиреотоксикозе
В врожденной дисфункции коры надпочечников
Г гиперпаратиреозе

- 018 ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ПОВЫШАЕТСЯ ТИТР АНТИТЕЛ К
- А рецептору ТТГ
 - Б тиреоглобулину
 - В тиреоидной пероксидазе
 - Г тиролиберину
- 019 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА
- А дефицит йода
 - Б аутоиммунный тиреоидит
 - В вирусная инфекция
 - Г травма головы и шеи
- 020 ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПРИРОДЫ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ПРОВЕДЕНИЕ
- А УЗИ и ТАБ
 - Б определение белковых фракций крови и липидного комплекса
 - В общего анализа крови и коагулограммы
 - Г рентгенографии шейного отдела позвоночника
- 021 ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- А повышением ТТГ
 - Б нормальным уровнем ТТГ
 - В значительным снижением ТТГ
 - Г повышением уровня Т4
- 022 СИНДРОМ ВАН-ВИКА-ХЕННЕСА-РОССА ЭТО
- А гипотиреоз, гиперпролактинемия, галакторея
 - Б ППР, низкий уровень пролактина
 - В ППР, пятна на коже цвета «кофе с молоком»
 - Г избыток тиреотропин-рилизинг гормона, низкий уровень пролактина и избыток тироксина
- 023 ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО
- А снижение ТТГ
 - Б повышение уровня Т4
 - В повышение ТТГ
 - Г нормальный уровень ТТГ и Т4
- 024 К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ОТНОСЯТСЯ
- А адинамия, стридорозное дыхание, запоры
 - Б тахикардия, потливость, беспокойный сон

- В высокое пульсовое давление, пупочная грыжа, кожный зуд
Г повышенная возбудимость, учащенный стул, длительная желтуха
- 025 ПРИСИНДРОМЕ ВАН-ВИКА-ГРОМБАХА ИМЕЕТ МЕСТО
А ППР, высокий ТТГ, низкий Т4
Б нормальное половое развитие и нормальный уровень ТТГ
В задержка полового развития и гипопролактинемия
Г гипогонадизм и высокий уровень ТТГ
- 026 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А чередованием гипо и гиперэхогенных участков
Б повышением эхогенности и снижением кровотока
В наличием узлов с полостями распада
Г неизменной эхогенностью железистой ткани
- 027 ПРИ ТИРЕОИДИТЕ ДЕ КЕРВЕНА ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА
А увеличена, болезненна
Б имеет нормальные размеры, безболезненна
В уменьшена в объеме, бугристая
Г уплотнена, безболезненна
- 028 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
А бактериальная инфекция
Б вирусная инфекция в анамнезе
В генерализованная грибковая инфекция
Г облучение головы и шеи с целью лечения злокачественных новообразований
- 029 ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ТПО ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
А подтверждение диагноза АИТ
Б исключения диффузно-токсического зоба
В оценка функциональных возможностей тиреоидных остатков после струмэктомии
Г проведения дифференциального диагноза манифестного и субклинического гипотиреоза
- 030 ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ ТТГ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА (МЕД/Л)
А >100
Б 50-70
В 20-50
Г более 20

- 031 К ХРОНИЧЕСКИМ ТИРЕОИДИТАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
А гранулематозный де Кервена
Б аутоиммунный
В актиномикотический
Г туберкулезный специфический
- 032 ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ
А не нарушена
Б повышена в острую фазу болезни
В понижена в периоде реконвалесценции
Г меняется в соответствии с фазой заболевания
- 033 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
А узловым коллоидным зобом
Б фолликулярной аденомой
В злокачественными опухолями
Г кистозными изменениями щитовидной железы
- 034 ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К
А тиреопероксидазе
Б рецепторам ТТГ
В островковым клеткам поджелудочной железы
Г тиреоглобулину
- 035 ПАЛЬПАТОРНО ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ИМЕЕТ
А неравномерную плотность
Б гладкую эластическую консистенцию
В мягкую эластическую консистенцию
Г болезненность при глотании и пальпации
- 036 НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ
А ТАБ под контролем УЗИ
Б осмотр и пальпация щитовидной железы
В радиоизотопное сканирование щитовидной железы
Г рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода
- 037 ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Т3 и Т4 СИНТЕЗИРУЮТСЯ КЛЕТКАМИ
А А

Б В
В С
Г Д

- 038 ДЛ Я ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО
А уменьшение липолиза
Б усиление липолиза
В эпизоды гипергликемии
Г транзиторные гипергликемические состояния
- 039 ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ
А опухоль гипофиза
Б гипоплазию щитовидной железы
В аутоиммунный тиреоидит
Г эндемический зоб
- 040 ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗОБА 2-Й СТЕПЕНИ У ДЕВОЧКИ 13 ЛЕТ СЛЕДУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
А исключить диффузный токсический зоб
Б назначить на 6 месяцев препараты йода
В назначить тиреостатические препараты
Г удалить щитовидную железу оперативным путем
- 041 ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ ФОРМИРУЕТСЯ У ЛЮДЕЙ
А проживающих в йоддефицитном регионе
Б недополучающих овощей и фруктов
В предрасположенных к аутоиммунным процессам
Г Злоупотребляющих высококалорийной жирной пищей
- 042 ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ В ЗОНЕ НАДПОЧЕНИКОВ
А пучковой
Б клубочковой
В сетчатой
Г мозговой
- 043 ДЛ Я ДИАГНОСТИКИ ГИПОКОРТИЦИЗМА НЕОБХОДИМО
А исследовать суточную экскрецию кортизола с мочой
Б провести пробу с сухоедением
В оценить липидный спектр сыворотки
Г исследовать уровень ТТГ и тиреоидных гормонов
- 044 ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ГЛЮКОСТЕРОМЕ

- А увеличение одного надпочечника
Б гипоплазия обоих надпочечников
В увеличение обоих надпочечников
Г нормальные размеры обоих надпочечников
- 045 ДЛЯ АНДРОСТЕРОМЫ ХАРАКТЕРНО
А ускорение роста
Б задержка роста и полового созревания
В преждевременное половое развитие на фоне нормального роста
Г преждевременное половое развитие и низкорослость
- 046 ПРИ ГЛЮКОСТЕРОМЕ ИМЕЕТСЯ ИЗБЫТОК
А кортизола
Б альдостерона
В кортикотропина
Г глюкагона
- 047 ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ БЫВАЕТ
А артериальная гипертензия
Б головные боли и ожирение
В эпизоды слабости и тяга к соленой пище
Г низкое артериальное давление и гипонатриемия
- 048 ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОГО АЛЬДОСТЕРОНИЗМА МОЖЕТ БЫТЬ
А аденома из клеток клубочковой зоны надпочечников
Б гиперплазия сетчатой зоны надпочечников
В аденома из клеток мозгового слоя надпочечников
Г гиперплазия пучковой зоны коры надпочечников
- 049 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА БОЛЕЗНИ АДДИССОНА
А аутоиммунный процесс в надпочечниках
Б туберкулезная инфекция
В опухоль гипофиза
Г нейроинфекция
- 050 ПРИ БОЛЕЗНИ АДДИССОНА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ
А нейтропения
Б лимфоцитопения
В нейтрофильный лейкоцитоз
Г палочкоядерный сдвиг
- 051 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ

- А артериальная гипотензия
Б отечный синдром
В высокое артериальное давление
Г судорожный синдром
- 052 ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ
А снижена активность ренина
Б повышена активность ренина
В уровень альдостерона снижен
Г активность ренина не изменена
- 053 ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ
А гипернатриемия
Б гипонатриемия
В гиперкалиемия
Г электролитных нарушений нет
- 054 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВДКН ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЮТ
А определение 17 ОН прогестерона
Б содержание альдостерона в сыворотке
В содержание АКТГ в крови
Г пробу с синактеном
- 055 ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ
А гипертония и гиперметаболизм
Б гипогликемия и гипотензия
В гипергликемия и гипотензия
Г гипотензия и низкий уровень обменных процессов
- 056 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВДКН – ДЕФИЦИТ
А 21-гидроксилазы
Б 3 β -гидроксистероиддегидрогеназы
В 17 α -гидроксилазы
Г 11 β гидроксилазы
- 057 КЛИНИКА СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВДКН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А дефицитом минералокортикоидов
Б дефицитом паратгормона
В избытком минералкортикоидов
Г низким уровнем АКТГ
- 059 ПРИ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ИМЕЕТСЯ ДЕФИЦИТ

- А кортизола
Б адренотропного гормона
В половых гормонов
Г катехоламинов
- 060 ДЛЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО ПУБЕРТАТНОГО СИНДРОМА В ОТЛИЧИЕ ОТ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
А высокорослости
Б низкорослости
В остеопороза
Г задержки полового созревания
- 063 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ
А конъюгированные метанефрины в моче
Б катехоламины в моче
В уровень адренотропного гормона в крови
Г уровень минералкортикоидов в крови
- 064 ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ
А нейтрофильный лейкоцитоз
Б анемию и эозинофилию
В лимфо- и моноцитоз
Г лейкопению и тромбоцитопению
- 065 ПРИ СИНДРОМЕ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТМЕЧАЕТСЯ
А артериальная гипертензия
Б низкое артериальное давление
В высокорослость
Г потеря массы тела
- 066 ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ИМЕЕТ МЕСТО
А задержка роста
Б преждевременное половое развитие
В высокорослость
Г снижение массы тела
- 067 ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПАЦИЕНТЫ ЖАЛУЮТСЯ НА
А быструю прибавку массы
Б учащенное мочеиспускание
В постоянную жажду
Г ускорение темпов роста

- 068 БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА – ТЯЖЕЛОЕ НЕЙРОЭНДОКРИННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАЛИЧИЕМ ОПУХОЛИ
- А гипофиза
 - Б поджелудочной железы
 - В щитовидной железы
 - Г надпочечников
- 069 БОЛЬШАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
- А болезни и синдрома Кушинга
 - Б нормы и синдрома Кушинга
 - В ожирения и болезни Кушинга
 - Г гипоталамического синдрома и синдрома Кушинга
- 070 ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ
- А гипокортицизм
 - Б гипертиреоидный криз
 - В гипогликемическая кома
 - Г гипертонический криз
- 071 ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ
- А повышение секреции АКТГ
 - Б снижение секреции глюкокортикостероидов
 - В снижение уровня АКТГ в связи с нарушением секреции кортиколиберина
 - Г избыточная продукция андрогенов
- 072 СИНДРОМ МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А наличием на коже пигментных пятен коричневого цвета
 - Б задержкой полового развития
 - В отставанием костного возраста от паспортного
 - Г высокорослостью
- 073 В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА МОЖЕТ БЫТЬ
- А нейтрофилез
 - Б лимфоцитоз
 - В эозинофилия
 - Г высокая СОЭ
- 074 ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО

- А повышение уровня АКТГ
Б снижение уровня АКТГ
В снижение уровня кортизола
Г нормальный уровень АКТГ и кортизола
- 075 ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ТИПИЧНО
А нарушение суточного ритма секреции АКТГ и кортизола
Б снижение суточной экскреции кортизола с мочой
В нормальный уровень секреции АКТГ и кортизола
Г избыточная продукция тироксина
- 076 КЛИНИКА КОРТИКОСТЕРОМЫ СООТВЕТСТВУЕТ ПРОЯВЛЕНИЯМ
А синдрома Иценко-Кушинга
Б синдрома Гудпасчера
В синдрома Прадера-Вилли
Г синдрома Уотерхауса-Фридериксена
- 077 ГЛЮКОСТЕРОМА – ОПУХОЛЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОДУЦИРУЮЩАЯ В ОСНОВНОМ
А глюкокортикоиды
Б андрогены и эстрогены
В соматотропин
Г адреналин и норадреналин
- 078 ДЛЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО
А нарушение зрения
Б снижение диуреза
В сухость и шелушение кожи
Г гипотония мускулатуры
- 079 ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
А свободных метанефринов в плазме
Б 17-КС и 17-ОКС в моче
В уровня кортизола в моче и в крови
Г суточного ритма кортизола и АКТГ
- 080 В ОАК ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А лейкопения
Б лимфопения
В эозинопения
Г тромбоцитоз

- 081 ПРИ ВТОРИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО
- А общая слабость
 - Б тяга к соленой пище
 - В гиперпигментация кожи
 - Г избыточные прибавки массы тела
- 082 ПРИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА У ПАЦИЕНТОВ ОБЫЧНО БЫВАЕТ
- А гиперпигментация кожи
 - Б артериальная гипертензия
 - В избыточные прибавки массы тела
 - Г ускоренное половое развитие
- 083 ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА КОРТИЗОЛА НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ВЫРАЖАЕТСЯ
- А развитием гипогликемии
 - Б развитием глипергликемии
 - В повышением глюконеогенеза
 - Г понижением чувствительности к инсулину периферических тканей
- 084 ДЕФИЦИТ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИВОДИТ К
- А гипонатриемии
 - Б гипернатриемии
 - В гипокалиемии
 - Г гиперхлоремии
- 085 ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКРЕЦИЯ КОРТИЗОЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
- А 6-8 мг/м²/сутки
 - Б 25 мг/м²/сутки
 - В 1 мг/м²/сутки
 - Г 3-5 мг/м²/сутки
- 086 ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
- А понижение секреции АКТГ
 - Б повышение секреции АКТГ
 - В значения АКТГ не меняется
 - Г повышение уровня кортизола
- 087 БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБ НА
- А повышение аппетита
 - Б потемнение кожи

- В снижение массы тела
Г сильную слабость и быструю физическую утомляемость
- 088 ВДКН В 95 % ВСЕХ СЛУЧАЕВ ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ
А 21-гидроксилазы
Б 17- α -гидроксилазы
В 3- β -дегидрогеназы
Г 11- β -гидроксилазы
- 089 ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ВДКН ОТМЕЧАЕТСЯ
А повышение секреции минералокортикоидов
Б снижение секреции андрогенов
В повышение синтеза кортизола
Г повышение секреции катехоламинов
- 090 ДИАГНОЗ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ САХАРА В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ, ВЗЯТЫЙ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК
А 11,1 ммоль/л и выше
Б через два часа после нагрузки 7,8-10,1 ммоль/л
В 5,0 ммоль/л и ниже
Г через два часа после нагрузки 7,8 ммоль/л и ниже
- 091 ДИАГНОЗ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ САХАРА В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ
А через два часа после нагрузки 7,8-11,0 ммоль/л
Б натощак 5,6 ммоль/л и ниже
В через два часа после нагрузки 11,1 ммоль/л и выше
Г через два часа после нагрузки 13,5 ммоль/л и выше
- 092 ДИАГНОЗ НАРУШЕННАЯ ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ САХАРА В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ
А натощак 6,1-7,0 ммоль/л
Б через два часа после нагрузки 7,8-11,1 ммоль/л
В натощак 7,1 ммоль/л и выше
Г натощак 5,0 ммоль/л и ниже
- 093 ТРАНЗИТОРНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НОВОРОЖДЕННЫХ
А может рецидивировать в любом возрасте
Б проходит после выхода ребенка из периода новорожденности, рецидивов не бывает
В не рецидивирует после 6 месячного возраста
Г обычно рецидивирует в возрасте 4-6 месяцев

- 094 МАРКЕРОМ ОСТАТОЧНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ СЕКРЕЦИИ
ЯВЛЯЕТСЯ
- А уровень С-пептида
 - Б наличие антител к инсулину
 - В уровень лимфокинов
 - Г титр антител к бета клеткам поджелудочной железы
- 095 НАИБОЛЬШИЙ РИСК ЗАБОЛЕТЬ СД 1 ИМЕЮТ
- А монозиготные близнецы
 - Б дети матерей с диабетом
 - В дети отцов с диабетом
 - Г детей из семей, где оба родителя больны диабетом
- 096 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СД 1 СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ
НА
- А частоту ночных мочеиспусканий
 - Б избыточную прибавку массы тела
 - В характер температурной реакции
 - Г отказ от еды и питья
- 097 В ПОЛЬЗУ САХАРНОГО ДИАБЕТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
НАЛИЧИЕ
- А гиперемии щек
 - Б повышения мышечного тонуса
 - В усиленной потливости
 - Г светобоязни
- 098 ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА
ОТМЕЧАЕТСЯ
- А жадное сосание
 - Б длительная желтуха
 - В быстрая прибавка массы
 - Г редкое мочеиспускание
- 099 ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СД 1 И СД 2
ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
- А уровня С-пептида
 - Б гликированного гемоглобина
 - В суточной глюкозурии
 - Г функционального состояния печени
- 100 НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ СД 1, СД 2 И
MODY ИМЕЕТ

- А молекулярно-генетическое исследование
Б наличие диабета у родственников
В ассоциация с другими аутоиммунными заболеваниями
Г возраст манифестации диабета
- 101 ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ УТРЕННЕЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ
А ночные гипогликемии
Б нарушения диеты (недостаточное употребление углеводов)
В использование неправильно хранившихся инсулинов
Г рвота и диарея
- 102 ПРИЧИНЫ ГИПОГЛИКЕМИИ
А неадекватная физическая нагрузка
Б обострение хронической носоглоточной инфекции
В недостаточная доза инсулина
Г прием большого количества углеводов
- 103 ГЛЮКОЗУРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
А уровне гликемии выше почечного порога
Б сахаре крови 6-8 ммоль/л
В неадекватной физической нагрузке
Г дефекте ферментативных систем почечных канальцев
- 104 ПРИЧИНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ
А пропуск очередного приема пищи
Б пропуск очередной инъекции инсулина
В недостаточная доза инсулина
Г избыточный прием пищи, богатой углеводами
- 105 КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А мышечный тремор
Б низкое артериальное давление
В зуд кожных покровов
Г обезвоживание
- 106 ЛЕГКИЕ ЭПИЗОДЫ ГИПОГЛИКЕМИИ КУПИРУЮТСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕМ
А сладкого сока
Б салата из огурцов
В кефира или молока
Г капустной котлеты
- 107 ВЕРОЯТНОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПРИ СД ВЫШЕ ПРИ

- А рано установленном диагнозе
Б отсутствии наследственной отягощенности
В высоких титрах антител к инсулину
Г отсутствии гипогликемических состояний
- 109 СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В ДИЕТЕ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
А соответствует таковому у здоровых детей
Б количество углеводов снижается на 50%
В количество белков повышается на 30%
Г количество жира снижается на 40%
- 110 ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ ИНДЕКС НАИБОЛЕЕ ВЫСОК В
А пище, богатой незащищенными углеводами
Б продуктах, богатых белками животного происхождения
В жирной и высококалорийной пище
Г пище, богатой сложными углеводами
- 111 ПРОДУКТЫ, МЕДЛЕННО ПОВЫШАЮЩИЕ САХАР КРОВИ
А хлеб грубого помола с маслом
Б сухари, тосты, печенье
В лимонад, кока-кола, фанга
Г картофель, овощи, пудинг
- 112 РЕБЕНКУ 8 ЛЕТ НА ЗАВТРАК ТРЕБУЕТСЯ ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ
А 4
Б 6
В 8
Г 2
- 113 ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ 100 Г МЯСА МОЖНО ЗАМЕНИТЬ НА
А 1 яйцо
Б три столовой ложки вареного риса
В четыре столовых ложки вареной гречи
Г 60 г картофеля
- 114 УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ У БОЛЬНЫХ СД МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ
А гипогликемию
Б гипергликемию
В кетоацидоз
Г почечную недостаточность
- 115 ИНТЕНСИВНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ МОГУТ У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- А вызвать гипогликемию
Б спровоцировать гипертонический криз
В нормализовать липидный обмен
Г нормализовать высокий сахар
- 116 ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ С СД1, СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ САХАРА В КРОВИ МЕНЕЕ
А 3,0 ммоль/л
Б 3,5 ммоль/л
В 4,0 ммоль/л
Г 3,3 ммоль/л
- 117 ЛИПОДИСТРОФИИ ФОРМИРУЮТСЯ ПРИ
А неоднократном использовании одной иглы
Б применении инсулинов пролонгированного действия
В использовании игл 4 мм длины
Г чередовании мест введения инсулина
- 118 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРОВОДЯТ
А электронейромиографию
Б компьютерную томографию
В электроэнцефалографию
Г биоимпедансометрию
- 119 ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ МОЖЕТ БЫТЬ
А снижение рефлексов
Б дыхание Куссмауля
В гипертонус мускулатуры
Г апноэ во сне
- 120 ТРАНЗИТОРНЫЙ СД НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А высоким уровнем гликемии
Б массой тела при рождении более 4000 г
В наличием периферических отеков
Г нормализацией уровня сахара без назначения инсулина
- 122 ОБ ЭПИЗОДАХ ГИПОГЛИКЕМИИ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ ПРИ
А внезапных, быстропроходящих нарушениях зрения
Б плохом аппетите, снижении массы тела, приступах тошноты
В артериальной гипотензии, вегетативных кризах
Г учащении мочеиспусканий
- 123 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТТГ НАГРУЗКА ГЛЮКОЗОЙ ДАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА (Г\КГ)

- А 1,75
Б 0,50
В 1,05
Г 1,60
- 124 ДЛ\Я Т\ЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНО
А быстрое развитие
Б нарастающее обезвоживание
В постепенное ухудшение самочувствия
Г низкие показатели артериального давления
- 125 ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ В МОМЕНТ СДАЧИ КРОВИ НА Б\Х АНАЛИЗ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО СВ\ЯЗАН С
А гипогликемией
Б гипергликемией
В гипертоническим кризом
Г нарушением ритма сердца
- 126 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
А обследовании по поводу ожирения
Б обследовании по поводу артериальной гипертензии
В появлении декомпенсации с кетоацидозом
Г появление приступа пароксизмальной тахикардии
- 127 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ ДИАБЕТОМ 1-ГО И 2-ГО ТИПОВ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А наличие инсулинорезистентности
Б уровень гликемии
В показатель гликированного гемоглобина
Г наличие ацетонурии
- 128 ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МАССА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОБЫЧНО
А менее 3000 г
Б более 4000 г
В может быть более 5000 г
Г соответствует сроку гестации
- 129 ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ДЛ\Я ЗДОРОВЬ\Я БОЛЬНОГО В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ
А состояния компенсации

- Б качества инсулинов
В способа введения инсулина (шприц-ручка или помпа)
Г наличия сопутствующей патологии
- 130 МАНИФЕСТАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА
А зуда в области гениталий
Б болезненного мочеиспускания
В быстрого нарастания массы тела
Г ускорения темпов полового созревания
- 131 КОНТРОЛИРОВАТЬ КЕТОНОВЫЕ ТЕЛА В КРОВИ, АЦЕТОН В МОЧЕ НЕОБХОДИМО ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ
А 14-15 ммоль/л и выше
Б 8-10 ммоль/л и ниже
В 4-8 ммоль/л и ниже
Г 10-12 ммоль/л и ниже
- 132 БОЛЬНОМУ ДИАБЕТОМ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ЗАНЯТИЯ
А дельтапланеризмом
Б настольным теннисом
В фехтованием
Г фигурным катанием
- 133 РЕБЕНОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН ОКУЛИСТОМ
А сразу после установления диагноза
Б В первый год заболевания
В через 2 года после постановки диагноза
Г через 4-5 лет после постановки диагноза
- 134 О ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ
А 30-300 мг в суточной моче
Б 10 мкг/мин в разовой порции
В 5-15 мг в суточной моче
Г 2-4 мкг/мин в разовой порции
- 135 ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А появлением онемения, парестезии в ногах
Б повышением болевой чувствительности
В односторонним повышением коленного рефлекса
Г снижением порога вибрационной чувствительности

- 136 ДЛ А АВТОНОМНО Й Д ИАБЕТИЧЕСКО Й ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ТИПИЧНО ПО ЯВЛЕНИЕ
- А тахикардии поко я, ортостатической гипотонии
 - Б учащенного и болезненного мочеиспускания
 - В повышенного аппетита, быстрого набора веса
 - Г повышения чувствительности к болевым раздражениям
- 137 САХАРНЫЙ Д ИАБЕТ 1 ТИПА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ
- А вагинального кандидоза
 - Б сниженного диуреза
 - В гипергидроза конечностей
 - Г коклюшеподобного кашля
- 138 МАНИФЕСТАЦИЯ САХАРНОГО Д ИАБЕТА У ДЕТЕЙ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТС Я ПО ЯВЛЕНИЕМ
- А болей в животе, тошноты, рвоты
 - Б болей при мочеиспускании
 - В гипергидроза ладоней и стоп
 - Г повышенной двигательной активности
- 139 ПРИ СИНДРОМЕ НОБЕКУРА
- А подростки отстают в половом развитии
 - Б имеет место перераспределение подкожного жирового слоя по кушингоидному типу
 - В возможно преждевременное половое развитие
 - Г костный возраст опережает паспортный
- 140 ОЖИРЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМАХ
- А Прадера-Вилли
 - Б Клайнфельтера
 - В Олбрайта-Брайцева
 - Г Альстрема
- 141 ОЖИРЕНИЕ Д ИАГНОСТИРУЕТС Я ПРИ SDS ИМТ РАВНЫМ И БОЛЕЕ
- А 2,0
 - Б 1,5
 - В 1,0
 - Г 0,5
- 142 Д ЛЯ Д ИАГНОСТИКИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- А индекс Каго
Б белковые фракции крови
В липидный спектр сыворотки
Г стандартный тест на толерантность к глюкозе
- 143 ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА В ПРЕДЕЛАХ
А 1,0-2,0
Б 0,5-1,0
В 2,0-2,5
Г 2,5-3,0
- 144 ОЖИРЕНИЕ У ВЗРОСЛЫХ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ИМТ ВЫШЕ
А 30
Б 25
В 18
Г 1,5
- 145 ДИЭНЦЕФАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У МАЛЬЧИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ
А задержкой полового развития
Б первичным гипогонадизмом
В первичной надпочечниковой недостаточностью
Г пигментным ретинитом
- 146 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
А снижением процессов липолиза
Б повышением процессов липолиза
В снижением продукции инсулина
Г замедлением глюконеогенеза
- 147 ОЖИРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА
А гипертонической болезни
Б эндемического зоба
В низкорослости
Г гипокортицизма
- 148 МОРБИДНОЕ ОЖИРЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА
А 4,0
Б 2,5
В 3,0
Г 3,5

- 149 ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА 2,8 ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ
- А 2 степени
 - Б 1 степени
 - В 4 степени
 - Г 3 степени
- 150 ПРИ СИНДРОМЕ ЛОУРЕНСА-МУНА-БАРДЕ-БИДЛЯ ПОМИМО ОЖИРЕНИЯ ЧАСТО ИМЕЕТ МЕСТО
- А шестипалость
 - Б преждевременное половое развитие
 - В тугоухость или глухота
 - Г высокорослость
- 151 АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ ПЕРЦЕНТИЛЯ
- А 90
 - Б 60
 - В 75
 - Г 50
- 152 ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
- А недостатка антидиуретического гормона
 - Б недостатка адренокортикотропного гормона
 - В избытка антидиуретического гормона
 - Г избытка кортикотропинрелизинг гормона
- 153 УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
- А 4-6
 - Б 6-8
 - В 8-10
 - Г 12-15
- 154 ПАТОГЕНЕЗ ГИГАНТИЗМА И АКРОМЕГАЛИИ ОБУСЛОВЛЕН
- А избыточной секрецией СТГ
 - Б избыточной продукцией соматостатина
 - В низкой продукцией СТГ
 - Г повышенной чувствительностью соматофоров к действию соматостатина
- 155 ДЛЯ АКРОМЕГАЛИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
- А спланхномегалии

- Б артериальной гипотензии
В задержки роста
Г преждевременного полового созревания
- 156 В ЭТИОЛОГИИ НЕФРОГЕННОЙ ФОРМЫ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ
А генетические факторы
Б инфекции мочевыводящих путей
В травмы черепа и позвоночника
Г Опухоли гипофиза и гипоталамуса
- 158 СИНДРОМ ПОЛИУРИИ ТИПИЧЕН ДЛЯ
А почечной глюкозурии
Б мочекаменной болезни
В гломерулонефрита
Г врожденной дисфункции коры надпочечников
- 159 НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АКТГ-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А МРТ головного мозга
Б КТ головного мозга
В краниография
Г ультразвуковое исследование
- 160 ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО И НЕФРОГЕННОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРОВОДЯТ
А Пробу с антидиуретическим гормоном
Б пробу с сухоедением
В пробу Зимницкого с определением плотности мочи в каждой порции
Г внутривенную урографию и микционную цистографию
- 161 ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ПОЛИУРИИ И ГИПОСТЕНУРИИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПСИХОГЕННОЙ ПОЛИДИПСИИ ПРОВОДЯТ ПРОБУ
А С сухоедением
Б Зимницкого и Роберга
В С антидиуретическим гормоном
Г изучают семейный анамнез
- 162 СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН ПРОДУЦИРУЕТСЯ В
А пульсирующем режиме преимущественно ночью.
Б пульсирующем режиме в течение суток
В постоянном режиме преимущественно днем
Г постоянном режиме преимущественно ночью

- 163 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРИОБРЕТЕННОГО
ДЕФИЦИТА ГОРМОНА РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А опухоль ЦНС
 - Б энцефалит или менингит
 - В облучение головы и шеи
 - Г травма головного мозга
- 164 ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА В
ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО
- А уточнить темпы роста
 - Б назначить МРТ головного мозга
 - В провести пробу с инсулином
 - Г исследовать уровень половых гормонов
- 165 У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО
ОПРЕДЕЛИТЬ ГОРМОН РОСТА ПРИ НАЛИЧИИ
- А гипогликемии
 - Б гипербилирубинемии
 - В гипергликемии
 - Г гиперкалиемии
- 166 ПРИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗМОЖНЫ
СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
- А мелкие черты лица
 - Б гепато- и спленомегалия
 - В склонность к гипергликемии
 - Г макрогенитализм
- 167 КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ГОРМОНА РОСТА
- А отстает от хронологического
 - Б соответствует хронологическому
 - В опережает хронологический на 1-2 года
 - Г опережает хронологический на 5-7 лет
- 168 ПРИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА
ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ
- А отсутствие пубертатного скачка роста при достижении III стадии пубертата
 - Б отставание костного возраста от паспортного на 2-3 года
 - В низкая длина тела при рождении
 - Г снижение скорости роста с первых лет жизни
- 169 ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА СКОРОСТЬ

- РОСТА ЗАДЕРЖАНА
- А в возрасте 3-14 лет
 - Б в первые три года жизни
 - В на первом году жизни
 - Г в период внутриутробного развития
- 170 В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РОСТ РЕБЕНКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ НА
- А 25-30 см
 - Б 10-15 см
 - В 15-20 см
 - Г 30-40 см
- 171 О ВОЗМОЖНОМ ДЕФИЦИТЕ ГОРМОНА РОСТА У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГОРМОНА НИЖЕ (нг/мл)
- А 20
 - Б 30
 - В 40
 - Г 50
- 172 ПОДАВЛЯЕТ СЕКРЕЦИЮ ГОРМОНА РОСТА
- А соматостатин
 - Б соматомедин
 - В тиреокальцитонин
 - Г кортикотропин
- 173 ПРИ ДЕФИЦИТЕ ГОРМОНА РОСТА SDS РОСТА НИЖЕ (СТАНДАРТНЫХ ОТКЛОНЕНИЙ)
- А 3,0
 - Б 2,0
 - В 1,0
 - Г 0,5
- 174 ПРИ СИНДРОМЕ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ, ПОМИМО НИЗКОРОСЛОСТИ, У ДЕТЕЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ
- А гипогонадизм
 - Б преждевременное половое развитие
 - В дефицит массы тела
 - Г тугоухость или глухота
- 175 НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ РЕБЕНОК ВЫРАСТАЕТ В СРЕДНЕМ НА (СМ)
- А 10-15
 - Б 5-6

- В 15-20
Г 7-9
- 176 В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ РОСТ РЕБЕНКА ЕЖЕГОДНО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ НА (СМ)
А 4-8
Б 2-3
В 15-20
Г 12-15
- 177 В ПЕРИОД ПУБЕРТАТНОГО СКАЧКА РОСТ МАЛЬЧИКОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В СРЕДНЕМ В ГОД НА (СМ)
А 12
Б 8
В 5
Г 20
- 178 В ПЕРИОД ПУБЕРТАТНОГО СКАЧКА РОСТА РОСТ ДЕВОЧЕК УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В ГОД В СРЕДНЕМ НА (СМ)
А 10
Б 6
В 8
Г 15
- 179 НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СОЗРЕВАНИЯ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
А костный возраст
Б уровень половых гормонов
В хронологический возраст
Г показатели ЛГ и ФСГ
- 180 НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СОМАТОТРОПНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИМЕЕТ
А SDS роста
Б SDSиндекса массы тела
В семейный анамнез
Г вес при рождении
- 181 К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ
А склонность к ожирению
Б гепато- и спленомегалия
В гипоплазия щитовидной железы
Г макрогениализм

- 182 В ГИПОФИЗЕ СИНТЕЗИРУЕТСЯ
А гонадотропин
Б лептин
В ангиотензиноген
Г альдостерон
- 183 ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ВСТУПЛЕНИЯ В ПУБЕРТАТ МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А увеличение яичек
Б появление полового оволосения
В мутация голоса
Г пубертатный скачок роста
- 184 КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ ОПЕРЕЖАЕТ ПАСПОРТНЫЙ ПРИ
А преждевременном половом развитии
Б задержке полового развития
В семейной высокорослости
Г соматотропной недостаточности
- 185 ЕСЛИ ДЕВОЧКА НЕ ВСТУПИЛА В ПУБЕРТАТ В 12 ЛЕТ, ЭТО РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК
А вариант нормы
Б задержка пубертата
В неправильный пубертат
Г гипогонадизм
- 186 ЕСЛИ ДЕВОЧКА НЕ ВСТУПИЛА В ПУБЕРТАТ В 14 ЛЕТ, ЭТО РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК
А задержка полового развития
Б гипогонадизм
В вариант нормы
Г неправильный пубертат
- 187 В НОРМЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ У ДЕВОЧЕК НАЧИНАЕТСЯ
С
А увеличения молочных желез
Б пубертатного скачка роста
В оволосения в подмышечных впадинах
Г формирования фигуры по женскому типу
- 188 ГОРМОН РОСТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ ПРИ НАЛИЧИИ
А микропениса

- Б большой массы при рождении
В периферических отеков
Г гепато- и спленомегалии
- 189 ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
А низкорослость
Б фосфатурия
В низкий уровень паратгормона
Г гипокальцемиа
- 190 К БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ОТНОСИТСЯ
А гиперкальциемиа
Б гипокальциемиа
В гиперфосфатемия
Г нормальный уровень общего и ионизированного кальция
- 191 ДЛЯ СИНДРОМА МОРИСА ХАРАКТЕРЕН КАРИОТИП
А 46 ХУ
Б 46 ХХ
В 45 ХО
Г 46 ХХ/46 ХУ
- 192 ДЛЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ХАРАКТЕРЕН КАРИОТИП:
А 47 ХХУ
Б 46 ХУ
В 46 ХХ
Г 45 ХО
- 193 ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРЕН КАРИОТИП
А 45 ХО
Б 46 ХУ
В 46 ХХ
Г 7 ХУУ
- 194 ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТ
А гипокальциемию
Б гиперкальциемию
В гипофосфатемию
Г высокую активность щелочной фосфатазы
- 195 СИНДРОМ ВОЛЬФРАМА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
А сочетанием СД 1 типа и тугоухости

- Б первичным гиперальдостеранизмом и сахарным диабетом 2 типа
В ожирением, маленькими кистями и стопами, задержкой психо-речевого развития
Г сочетанием ППР, гипотиреоза и почечной глюкозурией
- 196 КЛАССИЧЕСКИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ
- А хронический кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность
Б мышечная гипотония, ожирение, маленькие кисти и стопы, задержка психо-речевого развития
В ППР, гипотиреоз, пернициозная анемия
Г сахарный диабет 2 типа, атрофия зрительного нерва, тугоухость, несхарный диабет
- 197 СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ (МЭН) ТИПА 1 ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- А гиперпаратиреозом, аменореей
Б гипопаратиреозом, артериальной гипертензией
В морфаноподобным синдромом
Г плотностью и бугристостью щитовидной железы, увеличением периферических лимфоузлов
- 198 СИНДРОМ НУНАН ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА
- А нормальным кариотипом
Б отсутствием задержки роста
В наличием ППР
Г высокорослостью
- 199 СИНДРОМ ЛАРОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А нечувствительность периферических тканей к действию гормона роста
Б сниженной секрецией гормона роста
В хроническим кандидозом кожи и слизистых, гипопаратиреозом, первичной надпочечниковой недостаточностью
Г ППР, гипотиреозом, хондродистрофическим телосложением
- 200 НОРМАЛЬНАЯ ДЛИНА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ДОНОШЕННОГО МАЛЬЧИКА СОСТАВЛЯЕТ (СМ)
- А $3,9 \pm 0,8$
Б $2,8 \pm 0,7$
В $1,7 \pm 0,5$
Г $4,8 \pm 0,7$

- 201 СИНДРОМ МИКРОПЕНИСА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ ДЛИНА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕНЬШЕ ДЛИНЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЗДОРОВЫХ МАЛЬЧИКОВ НА (SD)
- А 2,5
 - Б 2,0
 - В 1,5
 - Г 1,0
- 202 ПРИ СИНДРОМЕ МОРИСА
- А отсутствует сперматогенез
 - Б снижены показатели тестостерона
 - В повышена концентрация ФСГ
 - Г снижен уровень ЛГ
- 203 ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ТЕМПЫ РОСТА НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННО СНИЖЕНЫ У
- А подростков
 - Б детей раннего возраста
 - В дошкольников и младших школьников
 - Г детей препубертатного возраста
- 204 ОПТИМАЛЬНЫМ КОНТРОЛЕМ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ У РЕБЕНКА С СД 1 ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:
- А Free Style Libre
 - Б глюкометра
 - В самочувствие пациента
 - Г тест-полоски
- 205 ВРЕМЯ В ЦЕЛЕВОМ ДИАПАЗОНЕ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СИСТЕМЫ Free Style Libre В НОРМЕ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ(%):
- А 70
 - Б 50
 - В 40
 - Г 30

IV Неотложная помощь ребенку с заболеваниями эндокринной системы

1 ПРИ ТЯЖЕЛОМ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ У

РЕБЕНКА

- А сомнолентное сознание
- Б гипертонус глазных яблок
- В артериальная гипертензия
- Г тремор мускулатуры

2 К УРГЕНТНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ

- А дегидратация
- Б зуд кожи и слизистых
- В задержка стула
- Г гнойничковая сыпь на коже

3 ДЛЯ ДЕАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ТИПИЧНО

- А дыхание Куссмауля
- Б усиленное потоотделение
- В гипертонус мускулатуры
- Г нормальные показатели АД

4 ДИАБЕТИЧЕСКИЕ КОМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А чаще всего кетоацидотические
- Б реже всего кетоацидотические
- В часто гиперлактатемические
- Г часто гиперосмолярные

5 ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО КЕТОАЦИДОЗА СОСТАВЛЯЕТ ЕД/КГ МАССЫ

- А 0,1-0,2 в час
- Б 0,5 в час
- В 1,0 в первые 6 часов
- Г 1,5 в первые 3 часа

6 В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ИНСУЛИН СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ КАЖДЫЙ ЧАС ИЗ РАСЧЕТА НА 1 КГ МАССЫ

- А 0,1-0,2
- Б 0,5-1,0
- В 0,3-0,5
- Г 1,5-2,0

7 ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А инфузия жидкости
- Б введение инсулина
- В в/в введение раствора соды
- Г оксигенотерапия

8 ПРИ ОСТРОЙ ПЕРВИЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

- А снижен уровень кортизола
- Б снижен уровень АКТГ
- В повышен уровень кортизола
- Г показатели кортизола и АКТГ в пределах нормы

9 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ВО ВРЕМЯ АДДИСОНИЧЕСКОГО

КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А солу-кортеф
- Б кортинефф
- В дексаметазон
- Г преднизолон

10 ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

- А боли в животе, жидкий стул, рвота
- Б гипотермия, задержка стула
- В артериальная гипертензия, отеки
- Г Возбуждение, желтушность кожных покровов

11 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАЗНАЧАЮТ

- А стероидные гормоны
- Б препараты кальция
- В мочегонные препараты
- Г сердечные гликозиды

12 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- А солу-кортеф в/в
- Б преднизолон в/м
- В кортинефф внутрь
- Г кортеф внутрь

013 ПРИ ДЕФИЦИТЕ 21- ГИДРОКСИЛАЗЫ УГРОЗУ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

- А дегидратация
Б позднее наступление истинного пубертата
В ускорение костного возраста
Г поликистоз яичников у девочек, олигоспермия у мальчиков
- 014 В ПЕРВУЮ ФАЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА, ОБЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
- А потеря массы тела
Б витилиго
В артериальная гипертензия
Г проходящее нарушение зрения
- 015 И ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, И ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ
- А эпизодов гипогликемии
Б тяги к соленой пище
В потемнение кожи и слизистых
Г артериальной гипертензии
- 016 ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- А пароксизмальные нарушения сердечного ритма
Б эпизоды гипогликемии
В профузная потливость, снижение веса
Г снижение выработки инсулина и возникновение гипергликемии
- 017 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРГЛИКИМИЧЕСКОЙ КОМЫ ГИПОКАЛИЕМИЯ ВОЗНИКАЕТ, КАК ПРАВИЛО,
- А после восстановления диуреза
Б с момента начала инфузионной терапии
В При значительном снижении уровня глюкозы
Г после купирования кетонурии
- 018 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ ГИПЕРГЛИКИМИЧЕСКИХ КОМ, НЕ ТРЕБУЕТСЯ
- А устранить ацидоз
Б использовать дробное введение инсулина
В проводить инфузию физиологического раствора
Г корректировать электролитный баланс
- 019 СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

В ЧАС (ММОЛЬ/Л)

- А 2,0-4,0
Б 0,5-1,0
В 5,0-6,0
Г 7,0-8,0
- 020 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОТЕК МОЗГА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДКА НЕОБХОДИМО
- А в 2 раза снизить скорость введения жидкости
Б опустить головной конец кровати
В в 2 раза увеличить дозу инсулина
Г ввести в\в 50 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия
- 021 ПРИЗНАКОМ УГРОЗЫ ОТЕКА МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- А снижение уровня натрия в крови
Б снижение уровня гликемии на 4,0-5,0 ммоль/час
В возрастание диуреза до 3,0-4,0 мл/кг/час
Г высокий уровень кетоновых тел в крови
- 022 К ОСОБЕННОСТЯМ ГИПЕРЛАКТАТЭМИЧЕСКОЙ КОМЫ ОТНОСИТСЯ
- А ацидотическое дыхание
Б очень высокий уровень гликемии
В значительная кетонемия
Г отечный синдром
- 023 ПРИ ГИПЕРЛАКТАТЭМИЧЕСКОЙ КОМЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ
- А жалобы на боли ребрах и пояснице
Б клонические судороги в конечностях
В периферические и внутрисполостные отеки
Г массивная ацетонурия и кетонемия
- 024 ДЛЯ ГИПЕРЛАКТАТЭМИЧЕСКОЙ КОМЫ ТИПИЧНО
- А накопление в организме молочной кислоты
Б снижение анаэробного гликолиза
В снижение уровня молочной кислоты
Г очень высокий уровень гликемии
- 025 ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А высокой гипергликемией
Б наличием гипонатриемии
В выраженным кетоацидозом
Г слабовыраженной гипергликемией

- 026 ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЕ ОБЫЧНО
- А Отсутствует кетоацидоз
 - Б Выражен кетоацидоз
 - В Снижена осмолярность крови
 - Г Гипергликемия выражена слабо
- 027 ПРИ ВЫВЕДЕНИИ РЕБЕНКА ИЗ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ИНСУЛИН
- А короткого действия
 - Б средней продолжительности действия
 - В в готовой смеси инсулинов короткого действия и НПХ-инсулинов
 - Г сверхдлительного действия
- 028 ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ИНСУЛИН ВВОДЯТ
- А внутривенно
 - Б подкожно
 - В внутримышечно
 - Г лимфотропно
- 029 ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА МОЖНО ПЕРЕЙТИ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКЕМИИ (ММОЛЬ/Л)
- А 10,0
 - Б 14,0
 - В 16,0
 - Г 18,0
- 030 НАЧАЛЬНУЮ ДОЗУ ИНСУЛИНА МОЖНО СНИЗИТЬ В 2 РАЗА, ЕСЛИ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА ИЗ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ УРОВЕНЬ САХАРА СНИЗИЛСЯ ДО (ММОЛЬ/Л)
- А 14,0
 - Б 16,0
 - В 18,0
 - Г 20,0
- 031 ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ О ЗНАЧИТЕЛЬНОМ УТЯЖЕЛЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ
- А олигурии
 - Б диабетического румянца
 - В полиурии
 - Г запаха ацетона
- 032 ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И КОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ

- А недостаточной дозы инсулина
Б передозировки инсулина
В непривычной физической нагрузки
Г интеркуррентного заболевания с рвотой и диареей
- 033 ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А быстрым развитием
Б постепенным ухудшением состояния на протяжении нескольких часов
В постепенным развитием симптомов на протяжении нескольких дней
Г необратимостью клинических проявлений даже при своевременно начатом лечении
- 034 ГЛЮКОЗУРИЯ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ
А возможна
Б не возможна
В присутствует в большинстве случаев
Г свидетельствует о неправильно установленном диагнозе
- 035 ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
А тризм жевательных мышц
Б сухость кожных покровов
В глубокое, шумное дыхание
Г боли в животе, тошнота, рвота
- 036 ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ
А быстро, внезапно
Б постепенно в течение нескольких часов
В медленно на протяжении суток
Г с фазой продрома в течение нескольких суток
- 037 ГИПЕРОСОМЛЯРНАЯ КОМА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У
А пожилых пациентов
Б детей пубертатного возраста
В новорожденных недоношенных и маловесных
Г детей раннего и дошкольного возраста
- 038 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А поздняя диагностика диабета
Б передозировка инсулина
В неадекватная физическая нагрузка
Г интеркуррентное заболевание с рвотой и диареей

- 039 ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ
А тошнота, рвота
Б повышение сухожильных рефлексов
В гипергидроз конечностей
Г плаксивость, агрессивность
- 040 ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ
А запах ацетона
Б дрожание рук и всего тела
В усиленное потоотделение
Г субфебрильная или фебрильная температура
- 041 ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ РЕБЕНОК
А вялый, апатичный
Б возбужденный, капризный
В жалуется на дрожание мышц
Г ссорится с окружающими, может впасть в истерику
- 042 ОЩУЩЕНИЯ ГОЛОДА, ДРОЖИ, ПОТЛИВОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕДВЕСТНИКАМИ КОМЫ
А гипогликемической
Б кетоацидотической
В гиперосмолярной
Г лактатацидотической
- 043 НАИБОЛЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А тремор
Б вялость, заторможенность
В головная боль
Г гиперемия кожи
- 044 ПРИЗНАКОМ ДКА У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А глубокое, шумное дыхание (куссмауля)
Б учащенное мочеиспускание
В сухость кожи и слизистых
Г Зуд в области гениталий
- 045 С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ БОЛЬНОГО ИЗ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ КАЖДЫЙ ЧАС ОЦЕНИВАЮТ
А уровень гликемии
Б липидный спектр сыворотки крови
В белковые фракции крови

- Г уровень трансаминаз
- 046 ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЮТ
- А глюкагон
 - Б преднизолон
 - В дексаметазон
 - Г соматотропин
- 047 КОНТРОЛЬ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ КАЖДЫЕ (ЧАСЫ)
- А 2
 - Б 3-4
 - В 5-6
 - Г 12
- 048 КОНТРОЛЬ ВВЕДЕННОЙ И ВЫВЕДЕННОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ДКА ПРОИЗВОДИТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ В (ЧАСЫ)
- А 1
 - Б 2-3
 - В 4-6
 - Г 12
- 049 НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А отек мозга
 - Б гипогликемия
 - В гипокалиемия
 - Г инфекционный процесс
- 050 НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ И БЕЗОПАСНЫМ СПОСОБОМ КУПИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
- А глюкагона (0,5-1 мг)
 - Б глюкозы 40% (20-80 мл до восстановления сознания)
 - В дексаметазона (0,5 мг/кг)
 - Г глюкозы 5% (100-200 мл в\в капельно)
- 051 ГИПОГЛИКЕМИЯ В НОЧНЫЕ ИЛИ РАННИЕ УТРЕННИЕ ЧАСЫ МОЖЕТ БЫТЬ СПРОВОЦИРОВАНА
- А непривычной физической нагрузкой накануне
 - Б недостаточной дозой пролонгированного инсулина накануне вечером
 - В пропуском вечерней инъекции инсулина

- Г злоупотребление легкоусвояемыми углеводами
- 052 ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- А гипонатриемией
 - Б гипернатриемией
 - В гиперхлоремией
 - Г гипокалиемией
- 053 НА ЭКГ ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫЯВЛЯЮТ
- А высокий зубец Т
 - Б укорочение интервала S-T
 - В сужение комплекса QRS
 - Г ускорение атриовентрикулярной проводимости с сужением зубца Р
- 054 ДЛЯ ОСТРОЙ НАДРОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ВИДЕ
- А гиперкалиемии
 - Б гипокалиемии
 - В гипернатриемии
 - Г гиперхлоремии
- 055 ОТСРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ
- А гипогликемией
 - Б низкой активностью ренина плазмы
 - В гипергликемией
 - Г полицитопенией
- 056 СИНДРОМ ПОТЕРИ СОЛИ ПРИ ВДНК ОБУСЛОВЛЕН
- А дефицитом альдостерона
 - Б дефицитом кортизола
 - В избыточной продукцией альдостерона
 - Г избытком андрогенов надпочечникового происхождения
- 057 ПРИ ОСТРОЙ НАДРОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ИМЕЕТ МЕСТО
- А гиперкалиемия
 - Б гипернатриемия
 - В гипергликемия
 - Г гипербилирубинемия
- 058 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ НАДРОЧЕЧНИКОВОЙ

НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ГОРМОНАЛЬНЫХ
ПРЕПАРАТОВ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ

- А гидрокортизону
- Б дексаметазону
- В триамцинолону
- Г дезоксикортикостеронацетату

059 ОСНОВОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ЯВЛЯЮТСЯ

- А изотонический раствор и глюкоза
- Б гидрокарбонат натрия
- В плазма крови и плазмозаменители
- Г 10% раствор натрия хлорида

060 ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРАНИЗМ (СИНДРОМ КОННА)
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А приступами резкой мышечной слабости
- Б стойкой артериальной гипертензией
- В наличием признаков гермафродитизма
- Г задержкой роста

061 ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА УОТЕРХАУЗА-ФРИДЕРИКСЕНА
ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А кровоизлияние в надпочечники
- Б гипоплазия коры надпочечников
- В казеозный туберкулез с поражением надпочечников
- Г метастазы рака в надпочечники

062 ГИПОТЕРИОИДНАЯ КОМА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А гипотермией
- Б тахикардией
- В артериальной гипертензией
- Г фебрильной температурой

063 ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А гипертермией
- Б брадикардией
- В низким пульсовым давлением
- Г заторможенностью

064 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А стероидные гормоны
- Б мочегонные препараты

- В катехоламины
Г тиреоидные гормоны
- 065 ПЕРВИЧНЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ
КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А аритмией, одышкой, судорогами
Б жадным сосанием, диареей, гипотензией
В длительной желтухой, зудом кожных покровов
Г аплазией тимуса, Т-клеточным иммунодефицитом
- 066 ПРИЧИНОЙ ГИПОПИТУИТАРНОЙ КОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ,
КРОМЕ
А опухоли надпочечников
Б гипопизэктомии
В опухоли гипофиза
Г острого заболевания у пациента с хронической гипопизарной недостаточностью
- 067 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ ПРИ ГИПЕРЛАКТЕМИЧЕСКОЙ
КОМЕ ОБУСЛОВЛЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
А избытком молочной кислоты
Б нарастанием уровня свободных жирных кислот и глицерина
В усилением экскреции электролитов
Г повышением осмотического диуреза

**III. НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЬ ЕГО
ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЯМ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И/ИЛИ СОСТОЯНИЯМИ
ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

- 001 ПОМПОВОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ПОЗВОЛЯЕТ
А снизить число инъекций
Б не определять ежедневно уровень сахара в крови
В не соблюдать диету
Г не подсчитывать хлебные единицы
- 002 ОДНА ХЛЕБНАЯ ЕДИНИЦА ЭТО
А 10-12 г углеводов
Б 14-15 г углеводов
В 16-18 г углеводов
Г 8-9 г углеводов
- 003 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ИСПОЛЬЗУЮТ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- А инсулиносенситайзеры
Б β -адреноблокаторы
В ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
Г минералокортикоиды
- 004 НАИБОЛЬШИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ, ОБЛАДАЕТ
А картофельное пюре
Б жареный картофель
В вареный картофель
Г картофель, запеченный в мундире
- 005 ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕВОДУ НА ПОМПОВУЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
А гликированный гемоглобин выше 7,5%, несмотря на хороший контроль и четкое выполнение рекомендаций
Б слабая комплаентность семьи
В впервые выявленный диабет
Г профессиональные занятия спортивными танцами
- 006 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ИНСУЛИНУ ВОЗРАСТАЕТ
А в вечернее время
Б утром после завтрака
В в дневные часы
Г в ночное время
- 007 ГОТОВЫЕ СМЕСИ ИНСУЛИНОВ КОРОТКОГО И ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ
А не используются
Б назначаются детям раннего возраста
В могут назначаться при частых гипогликемиях
Г показаны при склонности к кетоацидозу
- 008 ИНСУЛИН ГЛАРГИН ВВОДИТСЯ
А 1 раз в сутки в любое время
Б 2 раза в сутки (утром и вечером)
В 3 раза в сутки перед основными приемами пищи
Г детям раннего возраста 4-5 раз в сутки
- 009 ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ АДЕКВАТНОСТИ ДОЗ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ
А уровень глюкозы крови
Б отсутствие глюкозурии
В самочувствие больного
Г отсутствие гипогликемических состояний

- 010 ПОПАДАНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ИНСУЛИНА В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ
- А может привести к непредсказуемым колебаниям гликемии
 - Б не оказывает влияния на результат
 - В способствует формированию липодистрофии
 - Г вызывает болезненность
- 011 ГЛАВНЫМ УСЛОВИЕМ ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ДИАБЕТА» ЯВЛЯЕТСЯ
- А поддержание обратной связи с пациентами
 - Б проведение лекций
 - В использование наглядного материала
 - Г раздельное обучение детей и родителей
- 012 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ИНСУЛИНУ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ
- А повышена
 - Б снижена
 - В не отличается от таковой у детей других возрастов
 - Г меняется в зависимости от характера питания
- 015 В ОТЛИЧИЕ ОТ ШПРИЦ-РУЧКИ ПОМПА
- А подает инсулин постоянно
 - Б автоматически вводит инсулин при высоком уровне глюкозы
 - В работает без использования иглолок
 - Г не требует измерения глюкозы в крови глюкометром
- 016 В ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
- А аналоги человеческого инсулина короткого действия (НовоРапид, Хумалог, Апидра)
 - Б аналоги человеческого инсулина длительного действия (Левемир, Лантус)
 - В человеческие инсулины короткого действия (Актрапид, Хумулин Р)
 - Г человеческие инсулины продленного (средней продолжительности) действия (НПХ)
- 017 ПОМПА, КАК И ЗДОРОВАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА, ПОДАЕТ ИНСУЛИН
- А постоянно
 - Б в ответ на высокую гликемию
 - В после приема пищи
 - Г после включения базисного режима
- 018 ПОМПА ПОДАЕТ ИНСУЛИН

- А Под кожу
Б внутрь кожи
В внутрь вены
Г в мышцу
- 019 СКОРОСТЬ ПОДАЧИ БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА СЛЕДУЕТ ИЗМЕНИТЬ ДО «ПРОБЛЕМНОГО ВРЕМЕНИ» ЗА (ЧАС)
А Два-три
Б пять-шесть
В один-полтора
Г 0,2-0,3
- 020 «ВРЕМЕННАЯ БАЗАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ» (ВБС)
А изменение базальной скорости на определенное заданное время
Б автоматическое снижение базального инсулина при занятии спортом
В дополнительное введение базального инсулина при высокой глюкозе
Г временная остановка подачи базального инсулина
- 021 ВБС 130% ОЗНАЧАЕТ
А увеличение скорости подачи базального инсулина на 30%
Б снижение скорости подачи базального инсулина на 130%
В снижение скорости подачи базального инсулина на 30%
Г увеличение скорости подачи базального инсулина на 130%
- 022 БАЗАЛЬНЫЕ ПРОФИЛИ НУЖНЫ, ЧТОБЫ
А выбрать базальную дозу для различного образа жизни
Б помпой могло пользоваться несколько членов одной семьи
В сохранить в памяти на случай потери настроек
Г включать его на время отключения помпы
- 023 «ЦЕЛЕВОЙ ДИАПАЗОН ГЛЮКОЗЫ» В НАСТРОЙКЕ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА
А рекомендованный врачом уровень гликемии
Б индивидуальный уровень глюкозы в крови для расчета болюса на коррекцию
В показатели глюкозы, которых следует избегать
Г показатели глюкозы, которые наиболее вероятно приведут к осложнениям
- 024 СТАНДАРТНЫЙ БОЛЮС:
А однократное введение всей болюсной дозы
Б комбинированное введение инсулина: часть дозы вводится сразу, часть — в течение заданного времени
В постепенное введение болюсной дозы в течение заданного времени

- Г введение части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина
- 025 РАСТЯНУТЫЙ БОЛЮС ЭТО
- А постепенное введение болюсной дозы в течение заданного времени
 - Б однократное введение всей болюсной дозы
 - В комбинированное введение инсулина: часть дозы вводится сразу, часть в течение заданного времени
 - Г введение части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина
- 026 МНОГОВОЛНОВОЙ БОЛЮС ЭТО
- А комбинированное введение инсулина: часть дозы вводится сразу, часть — в течение заданного времени
 - Б постепенное введение болюсной дозы в течение заданного времени
 - В однократное введение всей болюсной дозы
 - Г введение части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина
- 027 СУПЕРБОЛЮС ЭТО
- А введение части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина
 - Б комбинированное введение инсулина: часть дозы вводится сразу, часть — в течение заданного времени (объем и длительность введения может быть различной)
 - В однократное введение всей болюсной дозы
 - Г постепенное введение болюсной дозы в течение заданного времени
- 028 ПЛАНОВУЮ ЗАМЕНУ ИНФУЗИОННОЙ СИСТЕМЫ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ
- А перед сном
 - Б в первой половине дня
 - В перед едой (перед болюсом)
 - Г после еды (после болюса)
- 029 ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СД 1 У ДЕТЕЙ
- А Хумалог
 - Б Хумулин регуляр
 - В Актрапид НМ
 - Г Инсуман рапид
- 030 ДЕЙСТВИЕ ХУМАЛОГА НАЧИНАЕТСЯ
- А сразу после введения
 - Б через 30 минут после введения
 - В через 40 минут после введения

- Г через 60 минут после введения
- 031 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СД 1 ЯВЛЯЕТСЯ У ДЕТЕЙ
- А Левемир
 - Б Хумулин НПХ
 - В Протафан НН
 - Г Инсуман базал
- 032 К БЕСПИКОВЫМ АНАЛОГАМ ИНСУЛИНА ПРОДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
- А Деглудек
 - Б Хумулин НПХ
 - В Протафан НН
 - Г Инсуман базал
- 033 ДОСТИЖЕНИЯ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ В ЛЕЧЕНИИ СД СВЯЗАНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
- А человеческих инсулинов и инсулиновых аналогов
 - Б сахарозаменителей
 - В липотропных препаратов
 - Г препаратов альфалипоевой кислоты
- 034 НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ДОЗЫ ИНСУЛИНА ИМЕЕТ
- А уровень гликемии
 - Б наличие сопутствующих заболеваний
 - В возраст пациента
 - Г длительность болезни
- 035 ДЛЯ ПОДБОРА ОПТИМАЛЬНЫХ ДОЗ ИНСУЛИНА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН
- А CGMS
 - Б липидный спектр сыворотки крови
 - В гликемический профиль
 - Г глюкозурический профиль
- 036 ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ - ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
- А ингибиторов АПФ
 - Б диеты, обогащенной белком
 - В диуретиков и уросептиков
 - Г повышенных доз инсулина
- 037 ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

- А лечении глюкокортикоидами
Б физических нагрузках
В рвоте, диарее
Г диабетической нефропатии
- 038 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ
А непреодолимое чувство голода
Б снижение аппетита
В эпизоды рвоты и учащенного стула
Г боли в животе, чувство вздутия, запоры
- 039 К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ИНСУЛИНА ОТНОСИТСЯ
А повышенный аппетит и увеличение массы тела
Б резкое снижение аппетита, снижение массы
В учащенный стул, рвота
Г запоры, боли в животе
- 040 ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВДКН У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ДОЗА ГИДРОКОРТИЗОНА СОСТАВЛЯЕТ МГ\М² ПЛОЩАДИ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА
А 10-15
Б 20-30
В 1-2
Г 35-40
- 041 ПРИ ВЫСОКОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ У РЕБЕНКА С ВДКН НЕОБХОДИМО ДОЗУ ГИДРОКОРТИЗОНА
А снизить
Б оставить прежней
В увеличить
Г временно отменить
- 042 ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ ЛЕЧАТ
А глюкокортикоидами
Б анаболическими стероидами
В минералокортикоидами
Г катехоламинами
- 043 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВДКН У ПОДРОСТКОВ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
А дексаметазон
Б гидрокортизон

- В триамцинолон
Г кортинефф
- 044 ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ВДКН У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
А гидрокортизон
Б дексаметазон
В преднизолон
Г триамцинолон
- 045 ПОТРЕБНОСТЬ В МИНЕРАЛКОРТИКОИДАХ ПРИ ВДКН С
ВОЗРАСТОМ
А снижается
Б возрастает
В остается неизменной
Г колеблется в подростковом возрасте
- 046 ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА МИНЕРАЛКОРТИКОДОВ
ИСПОЛЬЗУЮТ
А кортинефф
Б преднизолон
В дексаметазон
Г КORTEF
- 047 НАИБОЛЕЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОМ
ЯВЛЯЕТСЯ
А дексаметазон
Б КORTEF
В преднизолон
Г гидрокортизон
- 048 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСТИННОГО
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
В ПРИМЕНЕНИИ
А агонистов ЛГ-РГ
Б тиреоидных гормонов
В хорионического гонадотропина
Г эстроген-гестагеновых препаратов
- 048 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА
ПРОВОДЯТ ПРИ
А сдавлении органов шеи
Б гипотиреозе
В наличии антител к ТПО
Г зобе 2-й степени

- 049 НАЧАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА L-ТИРОКСИНА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (МКГ/КГ/СУТ)
- А 10-15
 - Б 15-20
 - В 20-25
 - Г 25-30
- 050 ПЕРЕДОЗИРОВКА L ТИРОКСИНА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- А беспокойством, нарушением сна
 - Б длительными запорами
 - В брадикардией
 - Г артериальной гипертензией
- 051 ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОСТАТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А лейкопения
 - Б лейкоцитоз
 - В тромбоцитоз
 - Г нейтрофилез
- 052 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИРЕОСТАТИКАМИ СЛЕДУЕТ КОНТРОЛИРОВАТЬ
- А количество нейтрофилов
 - Б уровень гемоглобина
 - В уровень гликемии
 - Г белковый спектр сыворотки крови
- 053 СИМПТОМЫ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ
- А тахикардия, жидкий стул
 - Б снижение аппетита, брадикардия
 - В запоры, тошнота
 - Г отеки, низкое пульсовое давление
- 054 ДОЗА L-ТИРОКСИНА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ НА 1 КГ МАССЫ НАИБОЛЬШАЯ
- А у ребенка 3-х месяцев
 - Б у ребенка 3-х лет
 - В у подростков
 - Г у взрослого человека
- 055 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЙОДСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТ НА
- А шесть месяцев

- Б шесть недель
В один месяц
Г Три месяца
- 056 В ПИТАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗОГЕННО-
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
А ограничить потребление жиров
Б ограничить потребление белков животного происхождения
В увеличить потребление белков
Г увеличить потребление незащищенных углеводов
- 057 В ДИЕТЕ ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА СЛЕДУЕТ
А белок дать в возрастной норме
Б ограничить белок растительного происхождения
В ограничить потребление защищенных углеводов
Г использовать бессолевую диету
- 058 ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАВЕРШЕНО
А к 2-м годам
Б к 7-ми годам
В к началу пубертатного периода
Г к взрослому состоянию
- 059 ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРИПТОРХИЗМА ПРИМЕНЯЮТ
А хорионический гонадотропин
Б препараты тестостерона
В L тироксин
Г солу-кортеф
- 060 ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ПОКАЗАНО
ЛЕЧЕНИЕ
А соматотропином
Б соматомедином
В соматостатином
Г тиреолиберином
- 061 ПРИ СИНДРОМЕ ЛОУРЕНСА-МУНА-БАРДЕ-БИДЛЯ
ПРОВОДИТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛЕЧЕНИЕ
А симптоматическое
Б этиотропное
В патогенетическое
Г психотерапевтическое
- 062 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 14 ЛЕТ
МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- А Орлистат
Б сибутрамин
В L тироксин
Г Растан
- 063 ОСНОВОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ РЕБЕНКА ИЗ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
А хлорид натрия 0,9% и глюкозы 5%
Б реополиглюкин и гидрокарбонат натрия 4%
В плазма и раствор хлорида калия 7,5%
Г раствор Рингера и глюкоза 20%
- 064 РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНОГО ДИАБЕТОМ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ
А подсчет ХЕ перед каждым приемом пищи
Б использование стандартного меню на 7 дней с указанием всех блюд и продуктов
В ежедневное употребление в пищу морепродуктов
Г употребление постоянного количества белков, жиров, углеводов и калорий ежедневно
- 065 ПРОФИЛАКТИКА ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (МЕНЕЕ 2Х ЧАСОВ) ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
А дополнительный прием 1-2 ХЕ углеводов до и после нагрузки
Б снижение на 50% дозы инсулина короткого действия
В уменьшение вечерней дозы пролонгированного инсулина на 40-50%
Г контроль уровня гликемии в период физической нагрузки каждые 30 минут
- 066 ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ПРИ УРОВНЕ САХАРА 4,6 ММОЛЬ/Л ПЛАНИРУЕТ ЗАВТРАК НА 4 ХЕ, ДОЗА ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ (ЕО)
А 4
Б 2
В 6
Г 8
- 067 ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ ВЫШЕ
А Утром
Б во вторую половину дня
В в вечернее время
Г в ночное время
- 068 ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ

ПАРАМЕТРОВ САМИМ ПАЦИЕНТОМ, СТРАДАЮЩИХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А самостоятельная коррекция дозы инсулина при необходимости
Б адекватная оценка своих субъективных ощущений
В грамотная оценка результатов исследования гликемического профиля
Г своевременное выявление наличия кетонурии и ацетонурии
- 069 УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ОПРЕДЕЛЯТЬ В СУТКИ МИНИМУМ (РАЗ)
- А 4
Б 2
В 6
Г 8
- 070 ОПТИМАЛЬНЫМ МЕСТОМ ПРОКОЛА ДЛЯ ВЗЯТИЯ КРОВИ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А боковая поверхность концевой фаланги пальца
Б подушечки любого пальца на руке
В область большого пальца на ладони
Г плечо, бедро, икры ног (при наличии специальных насадок для прокола кожи)
- 071 ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ МЕНЕЕ 4,2 ММОЛЬ/Л ДОПУСТИМОЙ ОШИБКОЙ ИЗМЕРЕНИЯ САХАРА ГЛЮКОМЕТРОМ СЧИТАЕТСЯ (%)
- А $\pm 0,8$
Б $\pm 2,0$
В $\pm 3,0$
Г $\pm 5,0$
- 072 ИНСУЛИНОВАЯ ПОМПА PAZADIGMVEO САМОСТОЯТЕЛЬНО РЕАГИРУЕТ НА ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЯ САХАРА КРОВИ, ОНА
- А останавливает подачу инсулина при гипогликемии
Б снижает скорость подачи инсулина в базальном режиме при угрозе гипогликемии
В повышает скорость инфузии инсулина при прогнозе гипергликемии
Г вводит раствор глюкагона при возникновении гипогликемии
- 073 ИНСУЛИНОВАЯ ПОМПА MEDTRONIC B40G
- А снижает скорость инфузии инсулина при прогнозе достижения гипогликемического порога
Б вводит раствор глюкагона при достижении порога гипогликемии
В оповещает о повышении уровня кетоновых тел в крови
Г повышает скорость инфузии инсулина при прогнозе гипергликемии
- 074 ЛЕЧЕНИЕ ЛЁГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТА ПРИ

- ПОМПОВОМ ВВЕДЕНИИ ИНСУЛИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- А приемом легкоусвояемых углеводов
 - Б отключением помпы
 - В отсоединением помпы от тела
 - Г изменением скорости инфузии инсулина
- 075 ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ СЛЕДУЕТ
- А перейти к хирургическому лечению
 - Б повторить курс лечения хорионическим гонадотропином
 - В использовать аналоги ЛТ-РГ
 - Г увеличить в 2 раза дозу хорионического гонадотропина
- 076 НАИБОЛЬШЕЙ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ
- А Гидрокортизон
 - Б Преднизолон
 - В Дексаметазон
 - Г Метилпреднизолон
- 077 К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ С КОРОТКИМ СРОКОМ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
- А Преднизолон
 - Б Дексаметазон
 - В Триамцинолон
 - Г Бетаметазон
- 078 ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ СЛЕДУЮЩЕЕ
- А 2/3 утром, 1/3 вечером
 - Б 1/2 утром, 1/2 вечером
 - В 1/3 утром, 1/3 днем, 1/3 вечером
 - Г 1/3 утром, 2/3 вечером
- 079 ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- А снижения артериального давления
 - Б быстрого увеличения веса
 - В появления мышечной слабости
 - Г задержки жидкости (появление отеков)
- 080 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А калорийность пищи увеличивают на 20-25%
- Б диету обогащают солями калия (абрикосы, чернослив, печеный картофель)
- В ограничивают употребление поваренной соли
- Г ограничивают легкоусвояемые углеводы
- 081 ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТСЯ
- А трансфеноидальное удаление опухоли
- Б назначение длительно действующих аналогов соматостатина
- В терапия минералкортикоидами
- Г назначение глюкокортикоидов пролонгированного действия
- 082 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ПОВЫШАЕТСЯ, ЕСЛИ МОТИВАЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРОХОДЯТ
- А и дети, и родители
- Б родители и другие близкие родственники пациентов
- В дети, объединенные в группы в зависимости от возраста и тяжести заболевания
- Г пациенты, занимающиеся с эндокринологом индивидуально
- 083 ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ, НЕОХОДИМО РЕГУЛЯРНО УПОТРЕБЛЯТЬ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА
- А черный хлеб, бобовые
- Б сосиски и сардельки
- В фруктовые и овощные соки
- Г сметану и йогурты
- 084 К ИНГИБИТОРАМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ И КИШЕЧНОЙ ЛИПАЗЫ ОТНОСИТСЯ
- А орлистат
- Б сибутрамин
- В глюкофаш
- Г карнитон
- 085 МУКОФАЛЬК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ, ПОСКОЛЬКУ ОН ОБЛАДАЕТ
- А гиполипидемическим эффектом
- Б ноотропным действием
- В способностью повышать чувствительность тканей к инсулину
- Г нефро- и кардиопротективным эффектом
- 086 К АНТАГОНИСТАМ ДОПАМИНА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАКТИНОМ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- А кетоконазола
- Б бромкриптина
- В лизурида
- Г хинаголида

087 ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ПРОТОНОТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРИМЕНЯЮТ БЛОКАТОРЫ СЕКРЕЦИИ АКТГ

- А бромкриптин
- Б октреотид
- В ланреотид
- Г кетоконазол

088 К АНАЛОГАМ СОМАТОСТАТИНА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОТРОПИНОМЫ, ОТНОСИТСЯ

- А октреотид
- Б кетоконазол
- В бромкриптин
- Г каберголин

089 ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА СУТОЧНАЯ ДОЗА СИНТЕТИЧЕСКОГО АНАЛОГА АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА (МИНИРИНА) ЗАВИСИТ ОТ

- А индивидуальной чувствительности
- Б уровня трансаминаз
- В кратности приема препарата
- Г длительности болезни

090 ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНАДОТРОПИННЕЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК С ЦЕЛЬЮ ЛОКАЛЬНОГО КОНТРАСТАГЕНОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ НА ЭНДОМЕТРИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А андрокур
- Б спиролактон
- В октреотид
- Г кортеф

001 **V. Проведение медицинских экспертиз в отношении детей с заболеваниями и/или состояниями эндокринной системы**
ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
В МСЭ

- А индивидуальная программа реабилитации инвалида
Б справка о регистрации по месту жительства
В справка из детского учреждения об отсутствии контактов с инфекционными заболеваниями
Г справка о суммарном доходе семьи
- 002 ДЛ‍Я ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ В МСЭ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ, КРОМЕ
А справки из школы об ограничении способности к обучению
Б заявления гражданина или его законного представителя
В направления на медико-социальную экспертизу лечебного учреждения (форма 088/у-06)
Г индивидуальной программы реабилитации инвалида
- 002 КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА НА СРОК
А до достижения 18 лет
Б 5 лет
В 3 года
Г 4 года
- 004 КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА НА НИЖЕПРИВЕДЕННЫЙ СРОК, КРОМЕ
А 3 года
Б 1 год
В 2 года
Г до достижения 18 лет
- 005 КАТЕГОРИЯ «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» ПАЦИЕНТУ С СД-2
А не может быть установлена
Б устанавливается на 1 год
В устанавливается на 2 года
Г устанавливается до достижения 18 лет