

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.08.2026 13:48:47
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

26 февраля 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<u>31.08.53 Эндокринология</u>
Квалификация	<u>врач-эндокринолог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>эндокринологии и клинических дисциплин</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.53 Эндокринология (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

ГИА обучающихся, освоивших программу ординатуры, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих компетенций:

Универсальные компетенции (УК):

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте:

УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними

УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению

УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-2.1 Формулирует на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления

УК-2.2 Разрабатывает концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы: формулирует цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения

УК-2.3 Разрабатывает план реализации проекта и его управления

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели

УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений

УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-4.1 Выстраивает эффективную коммуникацию в процессе профессионального взаимодействия

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

УК-5.1 Выработывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели

УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки

УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

ОПК-1 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

ОПК-1.1 Соблюдает основные правила информационной безопасности в профессиональной деятельности

ОПК-1.2 Применяет современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-2.1 Использует основные принципы системы менеджмента в сфере охраны здоровья граждан

ОПК-2.2 Демонстрирует умение применять современные методики сбора и обработки информации, используя основные медико-статистические показатели

ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-3.1 Осуществляет педагогические действия для решения различных профессиональных задач

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-4.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)

ОПК-4.2 Проводит осмотр пациентов

ОПК-4.3 Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные

ОПК-4.4 Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-5.1 Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи

ОПК-5.2 Проводит осмотр пациентов

ОПК-5.3 Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу

ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов

ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции

ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни

ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде

ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения

ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства

ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-1.1 Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности

ПК-1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза

ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы

ПК-2.2 Формулирует предварительный диагноз при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы

ПК-3 Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, проводить контроль эффективности и безопасности

ПК-3.1 Назначает и проводит лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения

ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-5 Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-5.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров

ПК-5.3 Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы

ПК-6 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме

ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента

ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-7 Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-7.1 Применяет принципы организации деятельности в здравоохранении, функции управления медицинской организацией

ПК-7.2 Осуществляет взаимодействие с медицинским персоналом в рамках профессиональной деятельности

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать: основные виды источников научно-медицинской и научно-фармацевтической информации, методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации, этапы работы с различными информационными источниками Уметь: оценивать надежность различных источников, проводить анализ источников для определения пробелов в информации, критически оценивать надежность различных источников информации Владеть: навыком анализа источников информации для проведения анализа проблемных	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	ситуаций, навыком отбора надежных источников информации для проведения критического анализа		
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Знать: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп Уметь: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях соблюдать и защищать права врачей и пациентов Владеть: навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы обучения, основные принципы дидактики Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Знать: современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия. Уметь: выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий. Владеть: навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знать: свои ресурсы и их пределы (личностные, психофизиологические, ситуативные, временные); технологию перспективного планирования ключевых целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; этапы карьерного роста и изменения карьерной траектории в связи с временной перспективой развития деятельности и требованиями рынка труда; ключевые принципы непрерывного медицинского образования. Уметь: применять знание о своих ресурсах и их пределах; планировать достижение перспективных целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; реализовывать намеченные цели деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; критически оценивать эффективность использования времени и других ресурсов при	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	решении поставленных задач, а также относительно полученного результата; планировать профессиональную траекторию с учетом особенностей профессиональной деятельности, принципов непрерывного медицинского образования и требований рынка труда. Владеть: навыками саморазвития и осознанного обучения с использованием предоставляемых возможностей для приобретения новых знаний и навыков; навыками планирования профессиональной траектории, используя инструменты непрерывного медицинского образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда		
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Знать: основные понятия и требования нормативно-правовых актов по вопросам информационной безопасности в профессиональной деятельности состав, характеристики и назначение современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной деятельности. Уметь: обоснованно выбирать средства защиты информации в профессиональной деятельности обоснованно выбирать современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности Владеть: навыками применения средств защиты информации в профессиональной деятельности	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	навыком работы с системным и прикладным программным обеспечением, используемым для решения задач профессиональной деятельности		
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: систему государственного управления в РФ, Ветви власти. Уровни управления. Органы управления здравоохранением. Виды медицинских организаций. номенклатура, организационно-правовые формы. управление здравоохранением в системе государственного управления в РФ. Основные принципы управления и организации медицинской помощи населению. исторические мировые системы здравоохранения. источники финансирования здравоохранения: страховая и бюджетная медицина. Обязательное медицинское страхование в РФ. программу государственных гарантий, территориальную программу госгарантий. Формирование тарифов ОМС. нормативно-правовое регулирование здравоохранения. Система нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, основы применения статистического метода. возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	деятельности медицинских организаций. Уметь: использовать систему нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, проводить базовую статистическую обработку данных. анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды. использовать методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. Владеть навыками: использования системы нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ; использования основ организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципов диспансеризации населения, реабилитации больных; прохождения процедуры аккредитация; использования лекарственных средств и медицинских изделий; осуществления расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций;		
--	--	--	--

	применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения и результаты деятельности организаций и подразделений здравоохранения, методики расчета показателей медицинской статистики		
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	Знать: содержание, формы, характеристики педагогической деятельности Уметь: осуществлять различные виды педагогической деятельности Владеть: навыками анализа факторов, влияющих на успешность педагогической деятельности врача	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знать: Методику сбора анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей), общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению, порядка оказания медицинской помощи, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации при оказании медицинской помощи, основы топографической анатомии областей тела. Методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей), методику осмотра пациентов, методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний; основы и принципы дифференциальной диагностики, МКБ, принципы	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов, симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов. Знать заболевания, требующие направления пациентов к врачам-специалистам Этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификация, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний у взрослых и детей, Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей) Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей), оценивать состояние пациентов. Использовать методы осмотра и обследования взрослых и детей с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	
--	---	--

	Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов, выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов. Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур. Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций Владеть: Навыками сбора жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей), сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов интерпретацией информации -осмотром и обследованием пациентов -формулированием предварительного диагноза и		
--	--	--	--

	составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, -направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. -определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам, -выполнением и обеспечением безопасности диагностических манипуляций пациентам. -интерпретацией результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов, -направлением пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. -установлением диагноза пациентам. -проведением дифференциальной диагностики осложнений, Навыками интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов, формулирования предварительного диагноза		
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его	Знать: методы медикаментозного лечения, принципы применения медицинских изделий, лечебного питания у пациентов в соответствии с действующим	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

эффективность и безопасность	порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Принципы и методы лазерного и хирургического лечения; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; порядок оказания медицинской помощи. Стандарты первичной специализированной медико- санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам Уметь: разрабатывать план лечения пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому		
---	--	--	--

	вмешательству или манипуляции. Проводить мониторинг заболевания и (или состояния), корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи оценивать эффективность и безопасность применения различных видов лечения пациентов. Предотвращать или устранять осложнения, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств Владеть: навыками разработки плана лечения пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи,		
--	---	--	--

	клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи навыком составления плана ведения пациентов из групп риска и разработка принципов наблюдения за патологическими состояниями		
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	Знать: стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам. Основы медицинской реабилитации пациентов. Методы медицинской реабилитации пациентов показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению Уметь: определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи осуществлять контроль эффективности реабилитационных мероприятий и прогноза, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида Владеть: мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи методами выявления факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений		
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Знать: порядок проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров. Медицинские противопоказания, медицинские показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством; медицинские противопоказания к осуществлению иных видов деятельности. Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации Уметь: устанавливать сроки и степень временной или стойкой утраты нетрудоспособности пациентов в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	проведение медицинского освидетельствования и медицинской экспертизы Определять медицинские показания для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы Владеть: навыком заполнения листка нетрудоспособности, навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного подразделения Навыком подготовки необходимой медицинской документации пациентам для прохождения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы		
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать: принципы диспансерного наблюдения за пациентами в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами. Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации пациентов основные вопросы нормальной и патологической физиологии порядок оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания основы здорового образа жизни, методы его формирования Уметь: проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, основных факторов риска их развития. Проводить диспансерное наблюдение	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	пациентов с выявленными хроническими заболеваниями оценивать эффективность профилактических мероприятий среди пациентов определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний Владеть: Навыком составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением Навыком определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней навыком проведения беседы, пропагандирующей здоровый образ жизни, с пациентами и их родственниками, выдачи рекомендаций пациентам и их родственникам по формированию здорового		
--	--	--	--

	образа жизни, профилактике заболеваний		
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать: правила ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах основы анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения принципы организации деятельности медицинского персонала Уметь: использовать современные медицинские информационные системы для ведения медицинской документации проводить анализ показателей общественного здоровья прикрепленного населения организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть: навыками ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах анализа показателей общественного здоровья, прикрепленного населения навыками управления командой подчиненных проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного	Знать: основные состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе клинические признаки эпилептического приступа, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов,	Тестирование Тестовые задания к экзамену	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

медицинского вмешательства	нарушения дыхания, боли в области сердца. принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями (по возможности) - проводить осмотры и обследования с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями; оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние организма в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; применять методы осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей;		
-----------------------------------	---	--	--

	интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной форме. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе эпилептического приступа, различных видов травм, укусов насекомых, термических воздействий, отравлений, нарушения дыхания, боли в области сердца. Владеть: навыками сбора жалоб, физикального осмотра, интерпритации полученных данных пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями. принципами оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) неотложными состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся: эпилептический приступ, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов,		
--	---	--	--

	нарушения дыхания, боли в области сердца.		
ПК-1. Способен к формированию населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: основы здорового образа жизни, формирования мотивации поддержания здоровья, укрепление принципов правильного питания. методики мотивации к сохранению и укреплению здоровья населения Уметь: проводить пропагандистскую работу по формированию здорового образа жизни среди населения. грамотно и доступно объяснить пациентам и их родственникам методики, применяемые для сохранения и укрепления своего здоровья Владеть: необходимыми знаниями для возможности пропагандирования здорового образа жизни у населения, необходимым количеством знаний о методиках сохранения и поддержания здоровья населения	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза	Знать: основные клинические проявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы; - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы; - методику сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с	Аттестационные тесты\ Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - методику осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - анатомо-функциональное состояние эндокринной системы организма в норме и у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы; - особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - этиологию и патогенез заболеваний и (или) состояний эндокринной системы; - современные классификации, клиническая симптоматика заболеваний и (или) состояний эндокринной системы; - современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний эндокринной системы; - МКБ; - симптомы и особенности течения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;		
--	--	--	--

	- медицинские показания к использованию методов лабораторной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - заболевания и (или) состояния эндокринной системы, требующие направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - заболевания и (или) состояния иных органов и систем организма человека, сопровождающиеся изменениями со стороны эндокринных органов; - заболевания и (или) состояния эндокринной системы, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - проводить осмотры и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями		
--	--	--	--

	(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - применять методы осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) 8 состояниями эндокринной системы с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - обосновывать и планировать объем инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.		
--	---	--	--

	Владеть: - сбором жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - осмотром пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на инструментальное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами обоснования и постановки диагноза в соответствии с Международной		
--	---	--	--

	статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем		
ПК-3 Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, проводить контроль эффективности и безопасности	Знать: - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология» - стандарты первичной специализированной медико-санитарной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) эндокринной системы; - современные методы лечения взрослых с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в эндокринологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний эндокринной системы; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	эндокринной системы; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; 9 - предоперационную подготовку и послеоперационное ведение взрослых с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - принципы оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - принципы оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; Уметь: - разрабатывать план лечения взрослых с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - обосновывать выбор метода медикаментозного и (или) немедикаментозного лечения и (или) хирургического вмешательства у взрослых с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; -		
--	---	--	--

	определять последовательность медикаментозной, и (или) немедикаментозной терапии и (или) хирургического вмешательства у взрослых с заболеваниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - назначать лекарственные препараты и медицинские изделия взрослым с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий - определять показания и противопоказания для хирургических вмешательств, разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к хирургическому вмешательству; - проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения; - назначать лечебное питание взрослым с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - назначать лечебно-оздоровительный режим взрослым с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной		
--	---	--	--

	системы; проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий у взрослых с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы Владеть: принципами разработки плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов 10 медицинской помощи; - принципами назначения немедикаментозной терапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами назначения лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с		
--	---	--	--

	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств; - принципами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - принципами оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы		
ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями эндокринной системы	Знать: - методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе инвалидов по заболеваниям эндокринной системы; - медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям эндокринной системы;	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	- механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; - медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, инвалидов по заболеваниям эндокринной системы; - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации Уметь: определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с		
--	---	--	--

	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - проводить мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания		
--	--	--	--

	медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов; - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы Владеть: - составлением плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - проведением мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - направлением		
--	---	--	--

	пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, - методами оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов; - методами определения медицинских показаний для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы		
--	--	--	--

ПК – 5 Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы	Знать: - медицинские показания для проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; требования к оформлению медицинской документации; -определять медицинские показания для экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы; порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. требования к оформлению медицинской документации, - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; требования к оформлению медицинской документации Уметь: - определять и различать признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями эндокринной систем; - выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров относительно наличия	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
--	--	--	--

	или отсутствия заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы; - определять и различать признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями эндокринной систем; Владеть: - проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы и работа в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности; - проведением отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы и работа в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности; - подготовкой необходимой медицинской документации для экспертизы пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы;		
--	--	--	--

	- направлением пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы		
ПК-6. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	Знать: принципы и методы оказания экстренной медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме Владеть: принципами оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам, в том числе в чрезвычайных	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	ситуациях, к которым относятся: Острый коронарный синдром, кардиогенный шок; Острый коронарный синдром, отёк легких; Анафилактический шок; Желудочно-кишечное кровотечение; Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы; Тромбоэмболия легочной артерии; Спонтанный пневмоторакс; Острое нарушение мозгового кровообращения		
ПК-7. Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать: основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; - допуск юридических и физических лиц к медицинской деятельности: лицензирование и аккредитация. Порядок использования лекарственных средств и медицинских изделий; - классификаторы (видов медицинской деятельности и пр.) и номенклатуры в медицине; - главные медицинские специалисты, ведущие медицинские учреждения, научные журналы; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи; - Международная классификация болезней 10 (11) пересмотра; - Требования ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности - факторы безопасной деятельности; - виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; - внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация;	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	- мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры; - основы теории управления здравоохранением. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении. Школы менеджмента: научного управления, классическая, психологическая, количественная. Универсальная модель управленческого процесса Н. Винера, процессный, системный и ситуационный подходы в управлении; - затраты медицинской организации: виды, классификация; - ресурсное обеспечение медицинской помощи. Себестоимость медицинских услуг, ценообразование в здравоохранении. Спрос и предложение. Стоимость медицинских услуг. Бизнес-планирование. Рынок медицинских услуг; - требования охраны труда, основы безопасности пациентов и медицинских работников; - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю. Уметь: - проводить, интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования, обосновывать и планировать объем, интерпретировать и анализировать результаты основного и дополнительного инструментального и лабораторного исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - разрабатывать план лечения, обосновывать применение лекарственных препаратов,		
--	---	--	--

	немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - использовать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по профилю; - использовать международную классификацию болезней 10 (11) пересмотра; - использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений; - выполнять служебные обязанности в условиях контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация; - осуществлять мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры; - действовать с использованием основ менеджмента и маркетинга в здравоохранении; - применять процессный, системный и ситуационный подходы в управлении. Владеть: - направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю на инструментальное и лабораторное		
--	---	--	--

	исследования, консультацию к врачам-специалистам, разработку плана лечения, назначение лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. - использования порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по профилю. - обоснование и постановка диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). - выполнения требований ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности Факторы безопасной деятельности. - действий при различных видах контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. - выполнения мероприятий по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры. - применения основ теории управления здравоохранением, менеджмента и маркетинга в здравоохранении; использования процессного, системного и ситуационного подходов в управлении. - выполнения требований охраны труда, безопасности пациентов и медицинских работников. - исполнения должностных обязанностей медицинских работников в медицинских		
--	--	--	--

	организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю.		
--	--	--	--

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Практическая подготовка (перечень практических умений и навыков)

Станция: Базовая сердечно - легочная реанимация взрослых.

Информация (брифинг): Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа на станцию АНД Вам недоступен.

Сценарий 1. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное **инородным телом** с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	☐ да ☐ нет
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	☐ да ☐ нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	☐ да ☐ нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	☐ да ☐ нет
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	☐ да ☐ нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	☐ да ☐ нет
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	☐ да ☐ нет
14.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет

15.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
16.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
17.	• пол	☐ да ☐ нет
18.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
19.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
20.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	☐ да ☐ нет
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	☐ да ☐ нет
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
26.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	☐ да ☐ нет
28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	☐ да ☐ нет
36.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
39.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
40.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет

41.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
42.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	☐ да ☐ нет
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
44.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
45.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
46.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
47.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	☐ да ☐ нет
48.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
49.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
50.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
51.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
52.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
54.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	☐ да ☐ нет
55.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	☐ да ☐ нет

Всего действий 55

Сценарий 2. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

№п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
8.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет

9.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
10.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
11.	• пол	☐ да ☐ нет
12.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
13.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
14.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
20.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	
30.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
33.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
34.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
35.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
36.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	
37.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
38.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
39.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания	☐ да ☐ нет

	(не менее 80%)	
40.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
41.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	
42.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
43.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
44.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
45.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
46.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
47.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
48.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
49.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	☐ да ☐ нет
50.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	☐ да ☐ нет
51.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	☐ да ☐ нет
52.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	☐ да ☐ нет
53.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	☐ да ☐ нет
54.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	☐ да ☐ нет
55.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
56.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
57.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
58.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
59.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
60.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркала, перышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
61.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
62.	Повернул пострадавшего «от себя»	☐ да ☐ нет
63.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет

64.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет
-----	--	--

Всего действий 64

Станция: Экстренная помощь при острых эндокринных состояниях
Сценарий 1. Тиреотоксический криз

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	☐ да ☐ нет
9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	Д – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	Е – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Использовал приоритетный анти тиреоидный препарат	☐ да ☐ нет
17.	Использовал физические методы контроля температуры тела	☐ да ☐ нет
18.	Применил инфузионную терапию	☐ да ☐ нет
19.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов/инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
20.	Использовал верные дополнительные препараты	☐ да ☐ нет

21.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
22.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
23.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
25.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
26.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
27.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
28.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
29.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
30.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
31.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
32.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
33.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
34.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
35.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
36.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
37.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
38.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
39.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
40.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
41.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
42.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
43.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
44.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии : вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
45.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
46.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
47.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
48.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
49.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		

50.	чил диуретики вместо регидратации	☐ да ☒ нет
	Всего действий <u>50</u>	

Сценарий 2. Тяжелое гипотиреоидное состояние

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	☐ да ☐ нет
9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	Д – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	Е – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Придал возвышенное положение головному концу кровати	☐ да ☐ нет
17.	Использовал физические методы контроля температуры тела	☐ да ☐ нет
18.	Ввел глюкокортикостероиды до назначения заместительной терапии гипотиреоза	☐ да ☐ нет
19.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов/инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
20.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
21.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет

23.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
24.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
25.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
26.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
27.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
28.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
29.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
30.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
31.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
32.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
33.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
34.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
35.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
36.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
37.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
38.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
39.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
40.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
41.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
42.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
43.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии:вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
44.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
45.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
46.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
47.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
48.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет

Всего действий 48

Сценарий 3. Гиперкальциемический криз

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
-------	----------------------	-----------------

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	☐ да ☐ нет
9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	Д – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	Е – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Вводил диуретик после регидратации	☐ да ☐ нет
17.	Применил инфузионную терапию	☐ да ☐ нет
18.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов/инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
19.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
20.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
21.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
22.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
23.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет

25.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
26.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
27.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
28.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
29.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
30.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
31.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
32.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
33.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
34.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
35.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
41.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии : вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
50.	Чил диуретики вместо регидратации	☐ да ☒ нет

Всего действий 50

Сценарий 4. Гипокальциемический криз

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет

3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	☐ да ☐ нет
9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	Д – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	Е – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Использовал препарат с верной солью кальция	☐ да ☐ нет
17.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов /инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
18.	Использовал верные дополнительные препараты	☐ да ☐ нет
19.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
20.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
21.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
22.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
23.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
25.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
26.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
27.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет

28.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
29.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
30.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
31.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
32.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
33.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
34.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
35.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
41.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии : вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
50.	кальция хлорид вместо кальция глюконата	☐ да ☒ нет

Всего действий 50

Сценарий 5. Декомпенсация надпочечниковой недостаточности

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет

6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	☐ да ☐ нет
9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	Д – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	Е – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Использовал верный глюкокортикостероид	☐ да ☐ нет
17.	Применил инфузионную терапию	☐ да ☐ нет
18.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
19.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
20.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
21.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
22.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
23.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
25.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
26.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
27.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
28.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
29.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
30.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
31.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после	☐ да ☐ нет

	дефибрилляции	
32.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
33.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
34.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
35.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
41.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии : вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
50.	Дал дексаметазон вместо гидрокортизона при ОНН	☐ да ☒ нет

Всего действий 50

Сценарий 6. Диабетический кетоацидоз

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет

8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	☐ да ☐ нет
9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	Д – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	Е – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Применил инфузионную терапию	☐ да ☐ нет
17.	Первично произвел регидратацию при гипергликемических состояниях	☐ да ☐ нет
18.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов/инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
19.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
20.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
21.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
22.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
23.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
25.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
26.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
27.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
28.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
29.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
30.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
31.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
32.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
33.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет

34.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
35.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
41.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии : вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
50.	Использовал диуретики вместо регидратации	☐ да ☒ нет
51.	Продолжал инсулинотерапию при гипергликемических состояниях без регидратации	☐ да ☒ нет

Всего действий _____ 51

Сценарий 7. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация)	☐ да ☐ нет

	сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	
9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	D – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	E – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Применил инфузионную терапию	☐ да ☐ нет
17.	Первично произвел регидратацию при гипергликемических состояниях	☐ да ☐ нет
18.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов/инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
19.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
20.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
21.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
22.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
23.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
25.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
26.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
27.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
28.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
29.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
30.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
31.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
32.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
33.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
34.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет

35.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
41.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии : вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☒ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
50.	Использовал диуретики вместо регидратации	☐ да ☒ нет
51.	Продолжал инсулинотерапию при гипергликемических состояниях без регидратации	☐ да ☒ нет

Всего действий 51

Сценарий 8. Тяжелое гипогликемическое состояние

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	☐ да ☐ нет
2.	Оценил сознание	☐ да ☐ нет
3.	Обеспечил наличие укладки	☐ да ☐ нет
4.	Надел перчатки, попросил помощника надеть перчатки	☐ да ☐ нет
5.	А – Правильно оценил проходимость дыхательных путей	☐ да ☐ нет
6.	В – Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация легких, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	☐ да ☐ нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	☐ да ☐ нет
8.	С – Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, мониторинг; ЭКГ – 12 отведений, забор крови(капиллярной, венозной), проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов, диурез)	☐ да ☐ нет

9.	Обеспечил внутривенный доступ	☐ да ☐ нет
10.	Верно наложил электроды	☐ да ☐ нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	☐ да ☐ нет
12.	D – Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови, кетонов в капиллярной крови, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	☐ да ☐ нет
13.	E – Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, наличие отеков на нижних конечностях, варикозно-расширенных вен, осмотр спины, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	☐ да ☐ нет
14.	Вызвал сотрудника реанимации	☐ да ☐ нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем сотруднику реанимации	☐ да ☐ нет
16.	Применил глюкозу	☐ да ☐ нет
17.	Применил инфузионную терапию	☐ да ☐ нет
18.	Использовал верный объем и скорость введения препаратов/инфузионной терапии	☐ да ☐ нет
19.	Использовал верные дополнительные препараты	☐ да ☐ нет
20.	Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств	☐ да ☐ нет
21.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	☐ да ☐ нет
23.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	☐ да ☐ нет
При остановке кровообращения		
24.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил вслух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения, проверив сознание и дыхание)	☐ да ☐ нет
25.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
26.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	☐ да ☐ нет
27.	Прервал компрессии грудной для оценки ритма	☐ да ☐ нет
28.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	☐ да ☐ нет
29.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
30.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
31.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	☐ да ☐ нет
32.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	☐ да ☐ нет
33.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	☐ да ☐ нет
34.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	☐ да ☐ нет
35.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	☐ да ☐ нет
36.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	☐ да ☐ нет

37.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца	☐ да ☐ нет
38.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	☐ да ☐ нет
39.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
40.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	☐ да ☐ нет
41.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	☐ да ☐ нет
42.	Правильно интерпретировал ритм	☐ да ☐ нет
43.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии:вентиляция 30:2	☐ да ☐ нет
44.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	☐ да ☐ нет
45.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	☐ да ☐ нет
46.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	☐ да ☐ нет
47.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	☐ да ☐ нет
48.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний	☐ да ☐ нет

Всего действий _____48_____

Станция: Обследование пациента с подозрением на остеопороз

Сценарий 1: Высокая вероятность остеопоротического перелома у пациента мужского пола

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль), предложил пациенту сесть на стул	☐ да ☐ нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил с медицинской документацией)	☐ да ☐ нет
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	☐ да ☐ нет
4.	Получил согласие на проведение обследования	☐ да ☐ нет
Сбор анамнеза. Уточнил:		
5.	• жалобы и провоцирующие их факторы	☐ да ☐ нет
6.	• наличие переломов	☐ да ☐ нет
7.	• наличие переломов бедра у родителей	☐ да ☐ нет
8.	• наличие вредных привычек	☐ да ☐ нет
9.	• факторы риска вторичного остеопороза	☐ да ☐ нет
10.	• ревматоидный артрит в анамнезе	☐ да ☐ нет
11.	• лекарственный анамнез	☐ да ☐ нет
12.	• прием глюкокортикоидов	☐ да ☐ нет
13.	• рост и его динамику	☐ да ☐ нет

14.	• вес и его динамику	☐ да ☐ нет
15.	• употребление молочных продуктов	☐ да ☐ нет
Объективный осмотр		
16.	Убедился, что есть всё необходимое	☐ да ☐ нет
17.	Измерил рост	☐ да ☐ нет
18.	Измерил массу тела	☐ да ☐ нет
19.	Оценил координацию движений и походку	☐ да ☐ нет
20.	Провел физикальное обследование на предмет признаков компрессионных переломов	☐ да ☐ нет
Завершение		
21.	Запросил результаты дополнительных исследований при необходимости.	☐ да ☐ нет
22.	Провел подсчет 10-летней вероятности перелома по алгоритму FRAX	☐ да ☐ нет
23.	Провел подсчет ИМТ	☐ да ☐ нет
24.	Оценил полученные данные по таблице оценки группы риска перелом	☐ да ☐ нет
25.	Сформулировал верное заключение	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
26.	Провел измерение роста и массы тела пациента без снятия обуви	☐ да ☒ нет
27.	Провел измерение роста без оценки выпрямленности позвоночника (расстояние от линейки ростомера до затылка)	☐ да ☒ нет

Всего действий _____ 27 _____

Сценарий 2: Высокая вероятность остеопоротического перелома у пациента женского пола

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль), предложил пациенту сесть на стул	☐ да ☐ нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил с медицинской документацией)	☐ да ☐ нет
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	☐ да ☐ нет
4.	Получил согласие на проведение обследования	☐ да ☐ нет
Сбор анамнеза. Уточнил:		
5.	• жалобы и провоцирующие их факторы	☐ да ☐ нет

6.	• наличие переломов	☐ да ☐ нет
7.	• наличие переломов бедра у родителей	☐ да ☐ нет
8.	• наличие вредных привычек	☐ да ☐ нет
9.	• факторы риска вторичного остеопороза	☐ да ☐ нет
10.	• ревматоидный артрит в анамнезе	☐ да ☐ нет
11.	• лекарственный анамнез	☐ да ☐ нет
12.	• прием глюкокортикоидов	☐ да ☐ нет
13.	• рост и его динамику	☐ да ☐ нет
14.	• вес и его динамику	☐ да ☐ нет
15.	• употребление молочных продуктов	☐ да ☐ нет
Объективный осмотр		
16.	Убедился, что есть всё необходимое	☐ да ☐ нет
17.	Измерил рост	☐ да ☐ нет
18.	Измерил массу тела	☐ да ☐ нет
19.	Оценил координацию движений и походку	☐ да ☐ нет
20.	Провел физикальное обследование на предмет признаков компрессионных переломов	☐ да ☐ нет
Завершение		
21.	Запросил результаты дополнительных исследований при необходимости.	☐ да ☐ нет
22.	Провел подсчет 10-летней вероятности перелома по алгоритму FRAX	☐ да ☐ нет
23.	Провел подсчет ИМТ	☐ да ☐ нет
24.	Оценил полученные данные по таблице оценки группы риска перелом	☐ да ☐ нет
25.	Сформулировал верное заключение	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
26.	Провел измерение роста и массы тела пациента без снятия обуви	☐ да ☒ нет
27.	Провел измерение роста без оценки выпрямленности позвоночника (расстояние от линейки ростомера до затылка)	☐ да ☒ нет

Всего действий 27

4.2. Аттестационное тестирование.

1. РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, 150 МГ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

* 1 раз в месяц
3 месяца
6 месяцев
неделю

2. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКЛАСТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

3
6
*12
9

3. ДОЗИРОВКА АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ

140 мг 1 раз в месяц
*70 мг 1 раз в неделю
35 мг 1 раз в неделю
70 мг 1 раз в день

4. К ВТОРИЧНОЙ ФОРМЕ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ _____ ОСТЕОПОРОЗ

*стероидный
идиопатический
постменопаузальный
ювенильный

5. НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

краевые разрастания, спондилез
снижение высоты межпозвонковых дисков, грыжи дисков
сужение костно-мозгового канала
*истончение коркового слоя и остеопороз

6. ОСОБЕННОСТЬЮ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ВСЛЕДСТВИЕ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

выраженное снижение МПК в бедренной кости
выраженное снижение МПК в лучевой кости
*развитие переломов позвонков при отсутствии снижения МПК
выраженное снижение МПК в поясничном отделе позвоночника

7. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

гипергликемия
*гиперкальциемия
гиперурикемия
гипокальциемия

8. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ФОСАМАКСА ЯВЛЯЕТСЯ КИСЛОТА

*алендроновая
ибандроновая
памидроновая
ризедроновая

9. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПОВЫШАЕТ РИСК ПЕРЕЛОМОВ

лучевой кости
шейки бедренной кости
*тел позвонков
шейки плечевой кости

10. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ БЕЛКОМ КОСТНОГО МАТРИКСА ЯВЛЯЕТСЯ КОЛЛАГЕН ____ ТИПА

*I
II
III
IV

11. РАЗОВАЯ ДОЗИРОВКА ЗОЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

10
1
*5
3

12. ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

остеохондроз
ревматоидный артрит
судорожный синдром
*вторичный остеопороз

13. ДЕНОСУМАБ В ДОЗЕ 60 МГ ПРИМЕНЯЕТСЯ

*подкожно
внутривенно
внутримышечно
перорально

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ ВСЛЕДСТВИЕ Акромегалии

*приёма глюкокортикоидов
гипогонадизма
тиреотоксикоза

15. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА ЯВЛЯЕТСЯ

активным фрагментом человеческого ПТГ
аналогом витамина D3
*аминобисфосфонатом
моноклональным антителом к RANKL

16. ТЕРИПАРАТИД ПРИМЕНЯЕТСЯ

*подкожно
внутривенно
внутримышечно
перорально

17. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- повышение всасывания кальция в кишечнике
- повышение секреции СТГ
- торможение катаболизма белка
- *усиление катаболизма белка

18. ДОЗИРОВКА ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЫ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- *3
- 1
- 5
- 70

19. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- бластера
- зомета
- *акласта
- эксджива

20. К ПЕРВИЧНОЙ ФОРМЕ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСИТСЯ _____ ОСТЕОПОРОЗ

- стероидный
- тиреогенный
- ятрогенный
- *постменопаузальный

21. МИНИМАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ОКАЗЫВАЮТ _____ ФОРМЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

- внутривенные
- внутримышечные
- *ингаляционные
- пероральные

22. ДЛИТЕЛЬНАЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ КОРТИЗОЛА ПРИВОДИТ К

- артериальной гипотензии
- *остеопорозу
- брадикардии
- гипогликемии

23. ГРИППОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ – ХАРАКТЕРНЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ

- деносумаба
- стронция ранелата
- терипаратида
- *золедроновой кислоты

24. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, 70 МГ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

- 6 месяцев
- День
- *7 дней
- месяц

25. СТАНДАРТНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография кистей

рентгенография позвоночника

*двухэнергетическая рентгеновская денситометрия

ультразвуковая денситометрия

26. СОЧЕТАНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

гипотиреоза

метаболического синдрома

тиреотоксикоза

*гиперкортицизма

27. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

*наличие остеопороза

карцинома околощитовидной железы

наличие сахарного диабета

повышение уровня кальция крови более чем на 0,25 ммоль/л от верхней границы нормы

28. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА ПРИНИМАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ ЗА ____ МИНУТ ДО ПРИЕМА ПИЩИ

10

*40

20

5

29. КЛЕТКА КОСТНОЙ ТКАНИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ СИНТЕЗ КОМПОНЕНТОВ КОСТНОГО МАТРИКСА, КОЛЛАГЕНА И НЕКОЛЛАГЕНОВЫХ БЕЛКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ:

остеокласт

остеон

остеоцит

*остеобласт

30. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ 5 МГ/100 МЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ):

12

*24

6

9

31. АКЛАСТА ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

гиперкальциемии

первичном гиперпаратиреозе

*снижении скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/минуту

печеночной недостаточности

32. АКЛАСТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

внутримышечно

*внутривенно
перорально
подкожно

33. КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛИА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ):

12
3
*6
9

34. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ БОНВИВЫ ЯВЛЯЕТСЯ КИСЛОТА:

алендроновая
золедроновая
памидроновая
*ибандроновая

35. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА, 70 МГ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

*перорально
внутривенно
внутримышечно
подкожно

36. АЛЕНДРОНОВАЯ КИСЛОТА ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
*гипокальциемии
гиперкальциемии
печеночной недостаточности

37. ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ ТЕЛА ПОЗВОНКА НА 20% И БОЛЕЕ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

гемангиома
спондилез
*компрессионный перелом
спондилолистез

38. ПОВОДОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПОЗВОНОЧНИКА С ЦЕЛЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

возраст старше 50 лет
*снижение роста тела более чем на 4 см в сравнении с 25-летним возрастом
длительное курение (более 10 лет)
наступление менопаузы

39. У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ:

гастрина
кальцитонина
*паратормона
эстрадиола

40. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТЕРИПАРАТИДА НАПРАВЛЕН НА:

*повышение продолжительности жизни остеобластов
снижение активности остеобластов

снижение активности остеокластов
снижение образования остеокластов

41. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ:
дефицит витамина D
курение
низкую физическую активность
*возраст старше 65 лет

42. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:
*прекращение овариальной функции в менопаузе
нарушение функции гомеостаза кальция
снижение овариальной функции в течение жизни
снижение физической активности в возрасте старше 60 лет

43. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ МАРКЕРЫ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ КОНТРОЛИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ):
12
*3
1
6

44. ВЫЯВЛЕНИЕ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛА ПОЗВОНКА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ:
динамического наблюдения за уровнем паратгормона
использования физиотерапевтического лечения
*медикаментозного лечения остеопороза
назначения глюкокортикоидной терапии

45. Т-КРИТЕРИЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРИ:
миеломной болезни
недоборе пика костной массы
ювенильном остеопорозе
*постменопаузальном остеопорозе

46. СНИЖЕНИЕ МПК В ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДО -2.7SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ:
*остеопорозу
норме
остеопении
тяжелому остеопорозу

47. СНИЖЕНИЕ МПК В ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДО -1.3SD ПО Т-КРИТЕРИЮ СООТВЕТСТВУЕТ:
норме
остеопорозу
*остеопении
тяжелому остеопорозу

48. ОЦЕНКА СТАТУСА ВИТАМИНА D ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ:

24,25 дигидроксивитамина D3 (24,25(OH)D)

*кальцидиола (25(OH)D)

ионизированного кальция

кальцитриола (1,25(OH)2D)

49. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ А2 ПРИВОДИТ К 46,XY НАРУШЕНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ВСЛЕДСТВИЕ

*дефицита дигидротестостерона

избыточной продукции андрогенов

нарушения дифференцировки гонад по мужскому типу

нечувствительности к андрогенам

50. ПРЕВРАЩЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ДИГИДРОТЕСТОСТЕРОН ПРОИСХОДИТ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФЕРМЕНТА

17,20 - лиазы

21-гидроксилазы

3-бета-гидростероиддегидрогеназы

*5-альфа-редуктазы

51. У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21 ГИДРОКСИЛАЗЫ, ОБНАРУЖИВАЮТ _____ УРОВЕНЬ _____

повышенный; гонадотропинов

повышенный; эстрогенов

*повышенный; андрогенов

сниженный; андрогенов

52. ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ОБУСЛОВЛЕН ВНУТРИУТРОБНЫМ ДЕФИЦИТОМ АНДРОГЕНОВ

*дефектом чувствительности к андрогенам

внутриутробным дефицитом дигидротестостерона

внутриутробным избытком эстрогенов

53. ВРОЖДЁННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛОВЛЕНА НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*21-гидроксилазы

17,20-лиазы

3-бета-гидростероидредуктазы

десмолазы

54. К ПОКАЗАНИЯМ К КАРИОТИПИРОВАНИЮ У МУЖЧИН ОТНОСЯТ ГИПОГОНАДИЗМ

и перенесенный паротит в анамнезе

и травму яичек в анамнезе

с аденомой гипофиза

*с объемом яичек меньше 6 мл

55. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ОТНОСЯТСЯ

гиперпигментация кожных покровов, отеки нижних конечностей

низкорослость, сухость кожных покровов

*дермопатия, гирсутизм, нарушение менструального цикла

ожирение, повышение артериального давления

56. ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

вирилизация наружных половых органов
*дерматия (акне, жирная себорея)
гиперпигментация кожных покровов
удвоение матки у девочки

57. ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

гипофизе
гонадах
надпочечниках
*гипоталамусе

58. ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА В ГОРМОНАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

*фолликулостимулирующего гормона
кортикотропин-рилизинг гормона
мелатонина
пролактина

59. АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

Гипоталамусе
*гонадах
гипофизе
периферических тканях

60. ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СПКЯ ЯВЛЯЕТСЯ

агенезия матки
вирилизация наружных половых органов
низкий рост
*нарушение менструального цикла

61. ИДЕНТИЧНУЮ α -СУБЪЕДИНИЦУ СОДЕРЖАТ

адренкортикотропный и кортикотропин-рилизинг гормоны
*тиреотропный и лютеинизирующий гормоны
прогестерон и 17(ОН)-прогестерон
пролактин и соматотропный гормоны

62. В ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПРЕОБРАЗОВАНИИ АНДРОГЕНОВ В ЭСТРОГЕНЫ У МУЖЧИН УЧАСТВУЕТ ФЕРМЕНТ

17 гидроксилаза
21-гидроксилаза
*ароматаза
5 α редуктаза

63. ПРОБА С БУСЕРЕЛИНОМ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ

врожденной дисфункции коры надпочечников
*гипогонадотропного гипогонадизма
надпочечниковой недостаточности
эндогенного гиперкортицизма

64. СИНДРОМ КАЛЛМАНА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ

- *тестостерона
- альдостерона
- кортизола
- тиреотропного гормона

65. ДЛЯ ПЕРИОДА ПОСТМЕНОПАУЗЫ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ДГЭА

- прогестерона
- эстрогенов
- *гонадотропинов

66. ПРОБА С КЛОМИФЕНОМ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ

- врожденной дисфункции коры надпочечников
- надпочечниковой недостаточности
- *гипогонадотропного гипогонадизма
- эндогенного гиперкортицизма

67. ПОВЫШЕНИЕ КАКИХ ГОРМОНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ?

- АКТГ, 17-ОН-прогестерона
- киспептина, пролактина
- *тестостерона, дегидроэпиандростерона
- эстрадиола, 21-дезоксикортизола

68. ВНЕШНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- брахидактилией
- низким ростом
- пятнами на коже цвета «кофе с молоком»
- *евнухоидными пропорциями тела

69. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С КЛОМИФЕНОМ ЖЕНЩИНАМ С ГИПОГОНАДИЗМОМ НАЗНАЧАЕТСЯ КЛОМИФЕНА ЦИТРАТ В ТЕЧЕНИЕ ___ ДНЕЙ

- *5
- 10
- 2
- 7

70. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- гинекомастия
- гипертиреоз
- *ожирение
- надпочечниковая недостаточность

71. α -СУБЪЕДИНИЦА ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ИДЕНТИЧНА ТАКОВОЙ В

- антимюллеровом гормоне
- *лютеинизирующем гормоне
- ингибине В
- плацентарном лактогене

72. К ЭНДОКРИННЫМ ПРИЧИНАМ БЕСПЛОДИЯ ОТНОСИТСЯ

- вторичный гиперпаратиреоз
- гиперальдостеронизм
- *гиперпролактинемия
- нарушение гликемии натощак

73. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН ОТНОСЯТ

- выпадение волос на теменных и лобных областях головы
- отсутствие волос на голеньях
- очаговую алопецию
- *скудное лобковое и подмышечное оволосение

74. ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- *гирсутизм
- гиперплазия эндометрия
- негроидный акантоз
- увеличение клитора

75. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ФСГ ДВАЖДЫ С ИНТЕРВАЛОМ НЕ МЕНЕЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 2
- 6
- *4
- 8

76. ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- адренокортикотропный гормона
- соматолиберина
- *Гонадотропин-рилизинг гормона
- тиреотропного гормона

77. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН ОТНОСЯТ

- алопецию
- *объем яичек меньше 6 мл
- гиперпигментацию кожных покровов
- низкий рост

78. ГОНАДОТРОПНЫЕ ГОРМОНЫ ГИПОФИЗА ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

- белковых гормонов
- *гликопротеинов
- производных тирозина
- стероидных гормонов

79. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- *пролактина
- кариотипа

креатинина
печеночных ферментов

80. ЛАБОРАТОРНАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ

*андростендиона, тестостерона
17-ОН-прогестерона, 21-дезоксикортизола
АКТГ, кортизола
ФСГ, пролактина

81. ФЕРМЕНТ 5 α -РЕДУКТАЗА НЕОБХОДИМ ДЛЯ СИНТЕЗА

17-гидроксипрогестерона
Альдостерона
*дигидротестостерона
дегидроэпиандростерона

82. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

снижением ЛГ при нормальном уровне эстрадиола
снижением ФСГ при повышенном уровне тестостерона
*повышением гонадотропинов и низким эстрадиолом
сниженными гонадотропинами и высоким эстрадиолом

83. К ФАКТОРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ УРОВЕНЬ ГЛОБУЛИНА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ, ОТНОСЯТ

акромегалию
ожирение
сахарный диабет 2 типа
*гипертиреоз

84. К ЭНДОКРИННЫМ ПРИЧИНАМ БЕСПЛОДИЯ ОТНОСИТСЯ

первичный гиперпаратиреоз
послеоперационный гипопаратиреоз
*пангипопитуитаризм
узловой эутиреоидный зоб

85. ФЕРМЕНТ АРОМАТАЗА НЕОБХОДИМ ДЛЯ СИНТЕЗА

Андростендиона
*эстрадиола
кортизола
тестостерона

86. ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

антимюллерова гормона
пролактина
эстрадиола
*фолликулостимулирующего гормона

87. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ГИРСУТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

*Ферримана
Апгар
Бека

Прадера

88. К ГОРМОНАМ, СЕКРЕТИРУЕМЫМ ЯИЧНИКАМИ, ОТНОСИТСЯ

гонадолиберин

кисспептин

*ингибин В

пролактин

89. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ГИПОГОНАДИЗМ» СНИЖЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАФИКСИРОВАНО ХОТЯ БЫ ____ РАЗ/РАЗА

1

*2

3

4

90. ГИПОГОНАДИЗМ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ, ПО УРОВНЮ ПОРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

вторичным

обусловленным резистентностью органов-мишеней

первичным

*смешанным

91. ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДОВАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

Гиперпаратиреоза

*врожденной дисфункции коры надпочечников

первичного гиперальдостеронизма

феохромоцитомы

92. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ ТЕСТОСТЕРОНА ОТНОСИТСЯ

резорбция костной ткани

стимуляция катаболизма белка

угнетение эритропоэза

*стимуляция анаболизма в скелетной и сердечной мускулатуре

93. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА С АНТИЭСТРОГЕНАМИ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ГИПОГОНАДИЗМЕ

Гипергонадотропном

*нормогонадотропном

гиперпролактинемическом

гипогонадотропном

94. НАЛИЧИЕ Y-ХРОМОСОМЫ У ЖЕНЩИН ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

врожденной дисфункции коры надпочечников

синдроме поликистозных яичников

*синдроме тестикулярной феминизации

синдроме резистентных яичников

95. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОТСУТСТВИЕ МАТКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

дисгенезии гонад

синдроме Каллмана

*синдроме Рокитанского-Кюстнера
синдроме Шерешевского-Тернера

96. ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДОВАНО
ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

преждевременной недостаточности яичников
синдрома «пустого» турецкого седла
синдрома резистентных яичников
*синдрома поликистозных яичников

97. МИФЕПРИСТОН ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДОЗЕ
(В МГ)

*10
100
200
50

98. ПРЕПАРАТ ТЕСТОСТЕРОНА НЕБИДО В СРЕДНЕМ ВВОДИТСЯ 1 РАЗ В

2-4 недели
4-5 месяцев
*10-14 недель
неделю

99. СМЕСЬ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА ОМНАДРЕН 250 В СРЕДНЕМ ВВОДИТСЯ 1
РАЗ В

10-14 недель
6-8 недель
*2-4 недели
неделю

100. ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА,
ПРИ КОТОРОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА,
СОСТАВЛЯЕТ (В НГ/МЛ)

3
5
6
*4

101. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ
ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ

УЗИ щитовидной железы
исследование функции почек
*обследование молочных желез
оценку функции надпочечников

102. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ
ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ

КТ надпочечников
*УЗИ органов малого таза
МРТ головного мозга
УЗИ щитовидной железы

103.ДРОСПИРЕНОН ЯВЛЯЕТСЯ ПРОИЗВОДНЫМ

17-ОН-прогестерона

19-норпрогестерона

Прогестерона

*спиронолактона

104.К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

двустороннюю овариэктомию

нарушения сна

*тромбоэмболию

снижение функции почек

105.ПРИ ПОЛНОЙ ФОРМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПРОИСХОДИТ

выбор мужского пола

смена женского на мужской во время пубертата

*выбор женского пола

смена мужского на женской во время пубертата

106.ГОНАДЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ С

Карни-комплекс

синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа

синдром множественных эндокринных неоплазий 2 типа

*синдром тестикулярной феминизации

107.ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

дезогестрел

норгестимат

ципротерона ацетат

*мифепристон

108.ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

проводится в виде монотерапии прогестагенами

проводится эстроген-гестагенными препаратами

*проводится в виде монотерапии эстрогенами

противопоказана

109.ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕМ ПИЩИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ДОЛЖЕН

быть полностью безуглеводным

содержать не менее 1 грамма белка на кг массы тела

*содержать 30-50 грамм углеводов

содержать не менее 100 грамм углеводов

110.УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 7,0 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПРЕПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

7,5

7,8

*7,0

8,0

111. ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ НЕ ПРОВОДИТСЯ
взрослым старше 50 лет
во время беременности
детям
*на фоне острого заболевания

112. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 5,0 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 7,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
*норме
нарушенной гликемии натощак
нарушенной толерантности к глюкозе
сахарному диабету

113. УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 7,0 % СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)
10,0
11,0
*9,0
8,5

114. САМЫМ СИЛЬНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ ВЫРАБОТКИ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ белок
*глюкоза
лактоза
фруктоза

115. ФРУКТОЗАМИНОГЛИКАН ОЦЕНИВАЕТ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ ЗА
1 месяц
1 неделю
2 месяца
*3 недели

116. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ), СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КРИТЕРИЮ НАРУШЕННОЙ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК _____ ММОЛЬ/Л
более 6,1
более 7,8
*менее 7,8
менее 6,1

117. ПОГРАНИЧНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ НОРМЫ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДО (В ПРОЦЕНТАХ)
6,1
6,5
*6,0
7,0

118. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 7,5 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 12,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ
нарушенной гликемии натощак

нарушенной толерантности к глюкозе
*сахарному диабету
норме

119. ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 7,0 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 11,1 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ

нарушенной гликемии натощак
нарушенной толерантности к глюкозе
норме
*сахарному диабету

120. В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВЫБРАН УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (В ПРОЦЕНТАХ)

более 7,0
более или равный 6,0
*более или равный 6,5
менее 6,5

121. ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН

должен быть исследован строго натощак
может быть использован для оценки компенсации углеводного обмена только у пациентов с анемией различного генеза

*может быть использован для диагностики сахарного диабета
применяется исключительно для оценки компенсации углеводного обмена при уже диагностированном в ходе перорального глюкозотолерантного теста сахарном диабете

122. ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ), УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ _____ СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЯМ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

более 6,1 ммоль/л, но менее 7,8 ммоль/л
*более или равно 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
более или равно 8,0 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
менее 10,0 ммоль/л, но менее или равно 11,1 ммоль/л

123. ДЛЯ РАННЕЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

*появление микроальбуминурии
наличие артериальной гипертензии
повышение мочевины
появление гематурии

124. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ _____ ЗНАЧЕНИЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ДИАБЕТИЧЕСКОМ ДИАПАЗОНЕ (В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ СИМПТОМОВ ОСТРОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ)

пяти
трех
*двух
четырёх

125.УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 6,5% СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

10,0

7,8

9,0

*8,0

126.ПЕРОРАЛЬНОМУ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОМУ ТЕСТУ ДОЛЖНО ПРЕДШЕСТВОВАТЬ НОЧНОЕ ГОЛОДАНИЕ _____ ЧАСОВ

более 14

менее 6

менее 8

*в течение 8-14

127.НАТОЩАК – ОЗНАЧАЕТ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ УТРОМ ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ГОЛОДАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ 8 ЧАСОВ И НЕ БОЛЕЕ (В ЧАСАХ)

*14

10

18

24

128.ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НА ФОНЕ НЕ МЕНЕЕ 3-ДНЕВНОГО НЕОГРАНИЧЕННОГО ПИТАНИЯ (БОЛЕЕ 150 ГРАММ УГЛЕВОДОВ В СУТКИ) И _____ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

более высокой, чем обычная

*обычной

максимальном исключении

низкой

129.ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМОВ ОСТРОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, ДОСТАТОЧНО _____ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛИКЕМИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ДИАБЕТИЧЕСКОМ ДИАПАЗОНЕ

двукратного

трехкратного

*однократного

четырекратного

130.ЧТО ПОРАЖАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ?

аорта

подвздошная артерия

подколенная артерия

*артерии голени и стопы

131.ПОВТОРНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

3 часа

*2 часа

каждые 30 минут, в течение 3 часов

каждый час в течение 4 часов

132.УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 6,5% СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПРЕПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- 6,8
- 7,0
- *6,5
- 7,5

133.ПЕРОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- в любое время суток
- вечером
- после 12.00
- *утром

134.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ОГРАНИЧЕНО

- при активном занятии спортом
- при курении
- *в ситуациях, которые влияют на обмен эритроцитов
- у детей младше 7 лет

135.УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) МЕНЕЕ ____ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОВОЫМ ЗНАЧЕНИЕМ НОРМЫ

- *7,8
- 10,0
- 11,1
- 7,0

136.ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) ЗНАЧЕНИЯ: 6,1 ММОЛЬ/Л НАТОЩАК И 10,0 ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА СООТВЕТСТВУЮТ

- нарушенной гликемии натощак
- *нарушенной толерантности к глюкозе
- норме
- сахарному диабету

137.УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) БОЛЕЕ ИЛИ РАВНЫЙ ____ СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА

- 10,0
- 7,8
- *11,1
- 8,0

138.УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ), СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КРИТЕРИЮ НАРУШЕННОЙ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК БОЛЕЕ ИЛИ РАВНО ____ НО МЕНЕЕ ____ (В ММОЛЬ/Л)

- 7,0; 11,1
- 7,0; 9,1
- *6,1; 7,0
- 7,8; 10,0

139.В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- действие контринсулярных гормонов
- инфекция
- прием лекарственных препаратов
- *инсулинорезистентность

140.УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК (В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ) БОЛЕЕ ИЛИ РАВНЫЙ _____ СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА

- *7,0
- 5,5
- 7,8
- 8,0

141.В СЛУЧАЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ОЦЕНКИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- антител к эндогенному инсулину
- глюкозурии
- *фруктозамина
- с-пептида

142.ВЫБОР ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЗАВИСИТ ОТ

- пола
- региона проживания
- *ожидаемой продолжительности жизни
- этнической принадлежности

143.В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- действие контринсулярных гормонов
- *деструкция бета-клеток поджелудочной железы
- заболевания экзокринной части поджелудочной железы
- инсулинорезистентность

144.РЕЦЕПТОР ИНСУЛИНА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ДВА МЕМБРАННЫХ ГЛИКОПРОТЕИДА, КАЖДЫЙ ИЗ КОТОРЫХ СОСТОИТ ИЗ _____ БЕЛКОВЫХ СУБЪЕДИНИЦ

- 100
- 10
- 15
- *2

145.МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- КТ головного мозга
- ПЭТ головного мозга
- *МРТ головного мозга
- рентгенография черепа

146.ФАКТОРОМ, ОСЛОЖНЯЮЩИМ ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПРИ АКРОМЕГАЛИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

супраселлярный рост
утолщение стенки турецкого седла
эндоселлярный рост
*инвазия в область кавернозного синуса

147. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ (СЕМЕЙНЫЙ) ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КАК АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ИНАКТИВИРУЮЩИХ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ

AIP
*AVP
AIRE
CIAS1

148. ИСТОЩЕНИЕ ЗАПАСОВ ВАЗОПРЕССИНА В НЕЙРОГИПОФИЗЕ В НОРМЕ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ У

женщин любого возраста
новорожденных детей
*пожилых людей
подростков

149. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПОСЛЕ ДВУСТОРОННЕЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ СИНДРОМ

Кальмана
Конна
Шихана
*Нельсона

150. ПАХИДЕРМОПЕРИОСТОЗ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

болезнью Иценко-Кушинга
синдромом Шершевского-Тернера
*акромегалией
синдромом задержки полового развития

151. В АРКУАТНЫХ ЯДРАХ ГИПОТАЛАМУСА СЕКРЕТИРУЕТСЯ

*дофамин
вазопрессин
окситоцин
тиреолиберин

152. ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В

гипоталамусе
задней доле гипофиза
*передней доле гипофиза
щитовидной железе

153. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БОЛЬШИНСТВА КОММЕРЧЕСКИХ НАБОРОВ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ СТГ, ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ИСКЛЮЧИТЬ АКРОМЕГАЛИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (В НГ/МЛ)

2,0
*1,0
2,5
3,0

154.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

маршевую пробу
ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона
*тест с инсулиновой гипогликемией
оральный глюкозотолерантный тест

155.РЕДКИМ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫМ, НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, АТРОФИЕЙ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ, ЦЕНТРАЛЬНЫМ НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ГЛУХОТОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

Карни
Конна
Шмидта
*Вольфрама

156.МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

у мужчин и у женщин с одинаковой частотой
чаще у женщин молодого возраста
*чаще у мужчин
чаще у женщин среднего возраста

157.К ПЕПТИДНЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСИТСЯ

Альдостерон
*соматотропный гормон
кортизол
трийодтиронин

158.ГИПЕРПРОДУКЦИЯ СТГ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ гиперпролактинемии

тиреотоксикоза
эндогенного гиперкортицизма
*акромегалии

159.СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН ЯВЛЯЕТСЯ

гликопротеином
глюкокортикостероидом
*пептидом
производным аминокислоты

160.ПЯТНИСТАЯ КОЖНАЯ ПИГМЕНТАЦИЯ, МИКСОМЫ СЕРДЦА, КОЖИ, СЛИЗИСТЫХ, ШВАННОМЫ И ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ГОРМОНОВ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ

МЭН-1 синдрома
Акромегалии
*Карни-комплекса
синдрома МакКьюна-Олбрайта

161.СОМАТОЛИБЕРИН СТИМУЛИРУЕТ ____ СТГ

только секрецию
*синтез и секрецию

только синтез
чувствительность органов-мишеней к

162.СИНТЕЗ И СЕКРЕЦИЯ СТГ ГИПОФИЗОМ СТИМУЛИРУЕТСЯ
ИФР-1

при гипергликемии
соматостатином
*соматолиберином

163.АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В

*гипофизе
гипоталамусе
надпочечниках
ретикулярной формации

164.ПРИ АКРОМЕГАЛИИ СМЕШАННЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА НАИБОЛЕЕ
ЧАСТО СЕКРЕТИРУЮТ СТГ И

АКТГ
ТТГ
*пролактин
ФСГ

165.ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЕЙ СТГ В ХОДЕ ПГТТ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
СТГ-дефицита

*акромегалии
синдрома неадекватной секреции АДГ
эндогенного гиперкортицизма

166.ДОЛЯ ПОВРЕЖДЕННЫХ КЛЕТОК ГИПОФИЗА, ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ КОТОРОЙ
РАЗВИВАЕТСЯ ГИПОПИТУИТАРИЗМ, СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

20
*70
30
50

167.ОТСУТСТВИЕ ПОДАВЛЕНИЯ СТГ В ХОДЕ ПГТТ МЕНЕЕ 1,0 НГ/МЛ ЯВЛЯЕТСЯ
ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

СТГ-дефицита
надпочечниковой недостаточности
пахидермопериостоза
*акромегалии

168.БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОБУСЛОВЛЕНА ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ

*АКТГ
СТГ
ТТГ
пролактина

169.СТГ ОБЛАДАЕТ _____ ДЕЙСТВИЕМ

анаболическим и липогенетическим
катаболическим и липогенетическим
*анаболическим и липолитическим

катаболическим и липолитическим

170.ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ АКТГ ПРИВОДИТ К
повышению уровня кортизола и снижению уровня альдостерона
*повышению уровня кортизола и альдостерона
снижению уровня кортизола и альдостерона
снижению уровня кортизола и повышению уровня альдостерона

171.ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА И
АКТГ-ЭКТОПИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТ
пробу с инсулиновой гипогликемией
пробу с физраствором
*селективный забор крови из нижних каменистых синусов
селективный забор крови из надпочечниковых вен

172.СПЕЦИФИЧНОСТЬ КАЖДОГО ГОРМОНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
его липофильностью или липофобностью
его принадлежностью к глюкокортикостероидам или гормонам гипофиза
*его способностью взаимодействовать с определенными рецепторами
сигнальным каскадом, который он инициирует

173.СОМАТОТРОПИНОМЫ, ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
И ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ МЕНЬШЕЙ АГРЕССИВНОСТЬЮ
не гранулированные
редко гранулированные
умеренно гранулированные
*плотно гранулированные

174.БАГРОВЫЕ ПОЛОСЫ РАСТЯЖЕНИЯ НА КОЖЕ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
болезни Грейвса
надпочечниковой недостаточности
*болезни Иценко-Кушинга
синдрома Шерешевского-Тернера

175.ПОЛИОСТОТИЧЕСКАЯ ФИБРОЗНАЯ ДИСПАЗИЯ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ
ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ И ПИГМЕНТНЫЕ ПЯТНА БЛЕДНО-КОФЕЙНОГО ЦВЕТА
ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ
болезни Педжета
*синдрома МакКьюна-Олбрайта
пахидермопериостоза
синдрома Сильвера-Рассела

176.К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АКРОМЕГАЛИИ ОТНОСЯТ
бледные стрии в области живота и бедер
лунообразное лицо
сухость кожных покровов
*укрупнение черт лица

177.ОТНОСИТЕЛЬНО ГИПОФИЗА ПЕРЕКРЕСТ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ
РАСПОЛОЖЕН
кзади

кпереди
*сверху
снизу

178.ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

угнетают костную резорбцию и костеобразование
*усиливают костную резорбцию и угнетают костеобразование
угнетают костную резорбцию и усиливают костеобразование
усиливают костную резорбцию и костеобразование

179.ПЕРЕДНЯЯ ДОЛЯ ГИПОФИЗА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

нейрогипофиза
эпифиза
ядра воронки
*кармана Ратке

180.КОНЦЕНТРАЦИЯ ИФР-1 В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

гиперкортицизме
голодании
*физических упражнениях
циррозе печени

181.ТИП СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ КОРТИКОТРОПИНОМ ВОЗМОЖНО ОЦЕНИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

макроскопического исследования
*иммуногистохимического исследования
светооптической микроскопии
электронной микроскопии

182.ГОРМОНОМ, СВЯЗЫВАЮЩИМСЯ С РЕЦЕПТОРАМИ ВНУТРИ КЛЕТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

СТГ
ФСГ
*тестостерон
пролактин

183.ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ЖЕЛЕЗАМИ БЕЗ ПРОТОКА, НАЗЫВАЮТ

нейромедиаторами
тромбоцитами
ферментами
*гормонами

184.ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЕЙ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ПРОГРЕССИВНО РАСТУЩЕЙ КОРТИКОТРОПИНОМ, НАЗЫВАЮТ

аутоиммунным полигландулярным синдромом 2 типа
первичной надпочечниковой недостаточностью
*синдромом Нельсона
туберкулезом надпочечников

185.ОКСИТОЦИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В

Аденогипофизе

*гипоталамусе

нейрогипофизе

тимусе

186.СИНТЕЗ ВАЗОПРЕССИНА ПРОИСХОДИТ В

аденогипофизе

нейрогипофизе

*гипоталамусе

тимусе

187.НЕФРОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

бесконтрольного применения диуретиков

нарушения синтеза, транспорта или осморегулируемой секреции вазопрессина

*резистентности почек к вазопрессину

снижения порога чувствительности осморецепторов для жажды

188.ПРИ АКРОМЕГАЛИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕННЫЙ РИСК
НОВООБРАЗОВАНИЙ

кожи

легких

*желудочно-кишечного тракта

мочевыделительной системы

189.ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА В МОЧЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ
КОНЦЕНТРАЦИИ

*кортизола

5-гидроксииндолуксусной кислоты

кальция

метилованных катехоламинов

190.БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТНОСИТСЯ К

АКТГ-независимой форме гиперкортицизма

функциональному гиперкортицизму

экзогенному гиперкортицизму

*АКТГ-зависимой форме гиперкортицизма

191.ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ
НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

КТ

ПЭТ-КТ

*МРТ

сцинтиграфия

192.СОМАТОТРОПИНОМЫ, ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ
И ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ БОЛЬШЕЙ АГРЕССИВНОСТЬЮ

не гранулированные

плотно гранулированные

*редко гранулированные

умеренно гранулированные

193. В ХОДЕ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА СЕКРЕЦИЯ СТГ В НОРМЕ
не изменяется
стимулируется, а затем подавляется
*подавляется
стимулируется

194. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ АКРОМЕГАЛИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА В РАМКАХ
Карни-комплекса
*спорадического заболевания
МЭН-1 синдрома
синдрома МакКьюна-Олбрайта

195. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ РЕДКОЕ ШУМНОЕ
ГЛУБОКОЕ ДЫХАНИЕ
Биота
Уилкинса
Чейн – Стокса
*Куссмауля

196. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЕТОАЦИДОЗА
ВЫСТУПАЕТ
ДВС-синдром
острая сердечная недостаточность
*отек мозга
отек легких

197. ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ТРАДИЦИОННОГО САМОКОНТРОЛЯ
ГЛЮКОЗЫ ГЛЮКОМЕТРОМ ПО СРАВНЕНИЮ С НЕПРЕРЫВНЫМ МОНИТОРИНГОМ
ГЛЮКОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
непрерывность данных об уровне гликемии
относительная дешевизна и доступность метода
*дискретность данных об уровне гликемии
простота метода

198. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ КЕТОНОВ В КРОВИ ПО
СРАВНЕНИЮ С МОЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬШАЯ _____ МЕТОДА
дешевизна
доступность
*точность
инвазивность

199. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ, КОНТРОЛЬ КЕТОНОВ В
КРОВИ ИЛИ МОЧЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В СЛУЧАЕ
возникновения любых сигналов тревоги
любой гипергликемии более 10 ммоль/л
*стойкой гипергликемии более 14 ммоль/л
отключения инсулиновой помпы на 1-2 часа

200. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ПОДАЧИ ИНСУЛИНА ПРИ
ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЯГКОГО КАТЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
воспаление в месте установки
*перегиб катетера

выход катетера из-под кожи
попадание крови в катетер

201.АНТИАНДРОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕНЩИНАМ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ

гидрокортизона бутиратом
клобетазола пропионатом
мометазона фураатом
*ципротерона ацетатом

202.АНТИАНДРОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С АЛОПЕЦИЕЙ
гнездной
рубцующей
*андрогенной
травматической

203.ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ

20
30
*25
35

204.НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДОЛГОСРОЧНОЙ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

показатель липидного обмена
уровень глюкозы в 6 часов утра
уровень глюкозы натощак и после еды
*уровень гликированного гемоглобина

205.К ПРИЗНАКАМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРИ ОФТАЛЬМОСКОПИИ ОТНОСЯТ

извитость сосудов
овальные отёки тёмного цвета в макулярной зоне сетчатой оболочки
*микроаневризмы
скопление под тканью сосудов сетчатой оболочки экссудата

206.К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ОТНОСЯТ

дегенеративные изменения соединительной ткани
истончение базальной мембраны капилляров
лимфоидную инфильтрацию эндотелия
*утолщение базальной мембраны капилляров

207.СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ МЕЖДУНАРОДНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

диуретики
нитраты
*ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
сердечные гликозиды

208.К ДЕФЕКТАМ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ОТНОСЯТ

гипоинсулинемию

резкие колебания уровня инсулина между приемами пищи

*нарушение ранней фазы секреции инсулина в ответ на внутривенное введение глюкозы

резкое повышение секреции инсулина в ответ на прием пищи с последующим резким снижением

209.ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИЗНАКИ

белковой дистрофии

хронического гепатита

цирроза

*жировой инфильтрации

210.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

гипертрофия левого желудочка

метаболический синдром

*двусторонний стеноз почечных артерий

трансмуральный инфаркт миокарда в анамнезе

211.К АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСИТСЯ

артериальная гипертензия

гломерулонефрит

*кетоацидоз

ишемическая болезнь сердца

212.БИГУАНИДЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ

гиперлипидемии

избыточной массе тела

инсулинорезистентности

*кетоацидозе

213.ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛИКЕМИИ ПОКАЗАНО

*принимать углеводы дробно

потребление молочных продуктов

употребление бананов

чередование потребления продуктов с низким и высоким гликемическим индексом

214.ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

НПВС

бета-адреноблокаторы

*ингибиторы АПФ

тиазидные диуретики

215.НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНО ПРИ

аортальном стенозе
гиперкалиемии
тяжелой почечной недостаточности
*трансмуральном инфаркте миокарда в анамнезе

216. СИМПТОМЫ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ МАСКИРОВАТЬ ПРИЕМ

верапамила
*бисопролола
дилтиазема
ксиапида

217. ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИВОДИТ К

замедлению процессов неферментативного гликозилирования белков
избыточному образованию оксида азота в клетках эндотелия
*повышению активности полиолового пути утилизации глюкозы
повышению активности эндогенных антиоксидантных систем

218. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИЕМУ ЦИНАКАЛЦЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

антиретровирусная терапия
гиперкальциемия
*возраст младше 18 лет
почечная недостаточность

219. МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ИССЛЕДОВАНИЙ УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА В ГОД, КОТОРОЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫПОЛНЕНО ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ДО НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ, РАВНО

1
6
8
*2

220. СЕМЕЙНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ 1 ТИПА (СПГА-1) (СИНОНИМ – ГЛЮКОКОРТИКОИДЗАВИСИМЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ) – ОБУСЛОВЛЕН МУТАЦИЕЙ

в гене CYP11A1 (20,22-десмолаза)
в гене CYP11B1 (11- β -гидроксилазы)
*образующей химерный ген CYP11B1/CYP11B2
в гене CYP11B2 (альдостеронсинтазы)

221. ДИАГНОСТИКА КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМ ВДКН ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ

обычно не требуется, так как заболевание всегда явно проявляет себя в детском возрасте
требуется часто, несмотря на то что в России проводится неонатальный скрининг
*обычно не требуется, так как в России проводится неонатальный скрининг
требуется часто, так как в России не проводится неонатальный скрининг

222. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВДКН ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ ФЕРМЕНТА

11 β -гидроксилазы
*21-гидроксилазы
3 β -гидроксистероиддегидрогеназы
оксидоредуктазы

223.ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ВДКН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЧИТАЕТСЯ

неонатальный скрининг, который проводится во всем мире, но пока отсутствует в России
прицельная диагностика у детей с симптомами гиперандрогении и дефицита кортизола
*неонатальный скрининг, который проводится во всем мире и внедрен и в России
прицельная диагностика у детей с симптомами гипотонии и обезвоживания

224.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ _____ СИНТЕЗА КОРТИЗОЛА И АЛЬДОСТЕРОНА И _____

дефицита; гипоандрогении
избыточного; гиперандрогении
избыточного; гипоандрогении
*дефицита; гиперандрогении

225.НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ У МУЖЧИН

не имеет признаков надпочечниковой недостаточности и проявляется только бесплодием;
*не имеет характерных признаков, не диагностируется и не требует лечения;
сопровождается признаками надпочечниковой недостаточности и бесплодием;
сопровождается признаками надпочечниковой недостаточности и склонностью к гипотоническим кризам

226.СОЛЬТЕРЯЮЩИЙ КРИЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ОБУСЛОВЛЕН ВЫРАЖЕННОЙ _____ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРИВОДЯЩЕЙ К _____ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

глюкокортикоидной; падению
глюкокортикоидной; повышению
*минералокортикоидной; падению
минералокортикоидной; повышению

227.ВДКН ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ СИНТЕЗА 11-ДЕЗОКСИКОРТИКОСТЕРОНА

гипертонией и снижением
*гипертонией и усилением
гипотонией и снижением
гипотонией и усилением

228.ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ СИНТЕЗ

11-дезоксикортикостерона из кортикостерона
кортикостерона из 11-дезоксикортикостерона
кортикостерона из 17-гидроксипрогестерона
*11-дезоксикортикостерона из прогестерона

229.ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ НАЛИЧИЯ У ПАЦИЕНТА КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА В ПОЛЬЗУ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ БУДУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

гипернатриемия, гипокалиемия, гиперренинемия и низкий уровень альдостерона
гипернатриемия, гипокалиемия, гипоренинемия и высокий уровень альдостерона
*гипонатриемия, гиперкалиемия, гиперренинемия и низкий уровень альдостерона
гипонатриемия, гиперкалиемия, гипоренинемия и высокий уровень альдостерона

230.ТЕСТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

уровня 11-дезоксикортизола в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном

*уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном

утреннего уровня 11-дезоксикортизола в сыворотке крови в раннюю фолликулярную фазу

утреннего уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в раннюю фолликулярную фазу

231.ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ СИНТЕЗ

11-дезоксикортикостерона из 17-гидроксипрогестерона

17-гидроксипрогестерона из 11-дезоксикортизола

*11-дезоксикортизола из 17-гидроксипрогестерона

17-гидроксипрогестерона из 11-дезоксикортикостерона

232.ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА В НОРМЕ КАТАЛИЗИРУЕТ РЕАКЦИИ В

в клубочковом и сетчатом слоях коры надпочечников

*в клубочковом и пучковом слоях коры надпочечников

исключительно в клубочковом слое коры надпочечников

исключительно в пучковом слое коры надпочечников

233.ДИАГНОСТИКА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ

11-дезоксикортизола – предшественника кортизола, находящегося непосредственно над ферментативным блоком

11-дезоксикортизола – предшественника кортизола, находящегося непосредственно под ферментативным блоком

17-гидроксипрогестерона – предшественника кортизола, находящегося непосредственно под ферментативным блоком

*17-гидроксипрогестерона – предшественника кортизола, находящегося непосредственно над ферментативным блоком

234.ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА

более 15 нмоль/л или более 5 нг/мл (=5,000 нг/дл) подтверждает наличие неклассической формы ВДКН и не требует выполнения стимулирующей пробы

более 30 нмоль/л или более 10 нг/мл (=10,000 нг/дл) свидетельствует о наличии неклассической формы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

*более 30 нмоль/л или более 10 нг/мл (=1000 нг/дл) подтверждает наличие неклассической формы ВДКН и не требует выполнения стимулирующей пробы

более 300 нмоль/л или более 100 нг/мл (=10,000 нг/дл) свидетельствует о наличии неклассической формы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

235.«ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ВО ВСЕМ МИРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

генетическое исследование на наличие наиболее частых мутаций гена 21-гидроксилазы

исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном-депо

*исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синактеном

исследование утреннего уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в раннюю фолликулярную фазу

236.НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА КОРТИЗОЛА ПРИ ВДКН ПРИВОДИТ К

снижению секреции АКТГ и выработки продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

*увеличению секреции АКТГ и продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

снижению секреции АКТГ и усилению выработки продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

увеличению секреции АКТГ и снижению выработки продуктов стероидогенеза выше ферментативного блока

237.ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВДКН УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА БОЛЕЕ 300 НМОЛЬ/Л ИЛИ БОЛЕЕ 100 НГ/МЛ (=10,000 НГ/ДЛ)

подтверждает наличие неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы

свидетельствует о наличии классической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

свидетельствует о наличии неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения

*подтверждает наличие классической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы

238.РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ДИАГНОСТИКУ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УТРЕННЕГО УРОВНЯ 17ОНР В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В

начале лютеиновой фазы

позднюю фолликулярную фазу

*раннюю фолликулярную фазу

середине лютеиновой фазы

239.ФОРМОЙ ВДКН, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

вирильная
гипертоническая
*сольтерьяющая
неклассическая

240.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ЗАБОР КРОВИ НА 17ОНР ПРОВОДЯТ РАНО УТРОМ В ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ ФАЗУ ЦИКЛА

не позднее 5-7 дня, при аменорее – не исследуется
после 5-7 дня, при аменорее – в любой день
*не позднее 5-7 дня, при аменорее – в любой день
после 5-7 дня, при аменорее – не исследуется

241.НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ВДКН ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К СНИЖЕНИЮ АКТИВНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

0
*20
1
2

242.ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВДКН ИМЕЕТСЯ ДЕФИЦИТ

глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов
минералокортикоидов и андрогенов
*минералокортикоидов и глюкокортикоидов
минералокортикоидов, но не глюкокортикоидов

243.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВДКН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МУТАЦИЯХ ГЕНА CYP21A2 ЗАВИСИТ ОТ СТЕПЕНИ СНИЖЕНИЯ АКТИВНОСТИ _____, А В СЛУЧАЕ КОМПАУНД-ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ МУТАЦИЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БОЛЕЕ _____ МУТАЦИЕЙ

11В-гидроксилазы; «легкой»
11В-гидроксилазы; «тяжелой»
*21-гидроксилазы; «легкой»
21-гидроксилазы; «тяжелой»

244.СОЛЬТЕРЯЮЩИЙ КРИЗ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ РЕАБСОРБЦИИ НАТРИЯ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК, ПРИВОДЯЩИМ К _____ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ С РАЗВИТИЕМ _____

повышением; увеличению; гипертонии
*уменьшением; уменьшению; выраженного обезвоживания
повышением; уменьшению; выраженного обезвоживания
уменьшением; увеличению; гипертонии

245.ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

умеренно выраженными признаками вирилизации у женщин и бесплодием у мужчин
умеренно выраженными признаками вирилизации у женщин и не проявляется у мужчин
ярко выраженными признаками вирилизации у женщин и не проявляется у мужчин
*ярко выраженными признаками вирилизации у женщин и бесплодием у мужчин

246.ПРИ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЕ ВДКН ИМЕЕТСЯ ДЕФИЦИТ

минералокортикоидов и андрогенов
минералокортикоидов и глюкокортикоидов
*глюкокортикоидов, но не минералокортикоидов
минералокортикоидов, но не глюкокортикоидов

247. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ВДКН ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ ФЕРМЕНТА

11 β -гидроксилазы
3 β -гидроксистероиддегидрогеназы
*21-гидроксилазы
оксидоредуктазы

248. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВДКН УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА

более 150 нмоль/л или более 50 нг/мл (=5,000 нг/дл) подтверждает наличие классической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы;

более 150 нмоль/л или более 50 нг/мл (=5,000 нг/дл) свидетельствует о наличии классической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения;

*более 300 нмоль/л или более 100 нг/мл (=10,000 нг/дл) подтверждает наличие классической формы дефицита 21-гидроксилазы и не требует выполнения стимулирующей пробы;

более 300 нмоль/л или более 100 нг/мл (=10,000 нг/дл) свидетельствует о наличии классической формы дефицита 21-гидроксилазы и требует выполнения стимулирующей пробы для подтверждения.

249. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ _____ ПРИЗНАКАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ _____

не сопровождается; в раннем детстве
сопровождается; в раннем детстве
*не сопровождается; после пубертатного возраста
сопровождается; после пубертатного возраста

250. ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕДКО, ЧАЩЕ У

взрослых, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых женщин и не описаны у мужчин

*детей, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых мужчин и не описаны у женщин

взрослых, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых мужчин и не описаны у женщин

детей, а из общего количества феминизирующих опухолей 40-50% встречаются у взрослых женщин и не описаны у мужчин

251. ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ВДКН) – ЭТО ГРУППА

аутосомно-доминантных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза катехоламинов

аутосомно-доминантных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза кортикостероидов

аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза катехоламинов

*аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся нарушением синтеза кортикостероидов

252. ДЕФИЦИТ 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛАВЛИВАЕТ _____ ФОРМУ ВДКН

вирильную

неклассическую

*гипертоническую

сольтерющую

253. ДИАГНОСТИКА НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ УТРЕННЕГО УРОВНЯ 17ОНР В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

в раннюю фолликулярную фазу после 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение генетического тестирования

в раннюю фолликулярную фазу после 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение стимулирующего теста с синактеном-депо

*в фолликулярную фазу не позднее 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение стимулирующего теста с синактеном-депо

в фолликулярную фазу не позднее 5-7 дня, а в качестве второго этапа при необходимости подтвердить диагноз - применение генетического тестирования

254. АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

неяркой клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, без проявлений у мужчин

*яркой клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, однако у мужчин единственным проявлением такого образования может быть усиление половой потенции

отсутствием явных клинических проявлений как у мужчин, так и у женщин

яркой клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, без проявлений у мужчин

255. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ _____ УРОВЕНЬ ГОНАДОТРОПИНОВ НА ФОНЕ _____ СЕКРЕЦИИ ЭСТРОГЕНОВ

повышенный; высокой

повышенный; низкой

сниженный; низкой

*сниженный; высокой

256. ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

*яркой клиникой с развитием признаков феминизации у мужчин, но никак не проявляя себя у женщин

невыраженной клиникой с развитием признаков вирилизации у женщин, без проявлений у мужчин

невыраженной клиникой с развитием признаков феминизации у мужчин, но никак не проявляя себя у женщин

отсутствием явных клинических проявлений как у мужчин, так и у женщин

257. ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ - ЭТО ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ

гормонально-активными и неактивными образованиями и опухолями из тканей надпочечников

*неспецифическими для надпочечников образованиями (метастазы, инфекционные поражения) и опухолями из тканей надпочечников
гормонально-активными образованиями и опухолями из тканей надпочечников
гормонально-неактивными образованиями и опухолями из тканей надпочечников

258.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ НАЧИНАЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В РАЗНОМ ВОЗРАСТЕ, ЧАЩЕ

в детстве и всегда носит выраженный характер с развитием осложнений
после пубертата и всегда носит выраженный характер с развитием осложнений

*в детстве и может носить как умеренный, так и выраженный характер с развитием осложнений
после пубертата может носить как умеренный, так и выраженный характер с развитием осложнений

259.ДГЭА-СУЛЬФАТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НИЗКИМ УРОВНЕМ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИНЦИДЕНТАЛОМ, НО ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

адrenокортикальном раке, но не при андрогенпродуцирующих опухолях надпочечника
андрогенпродуцирующих и эстрогенпродуцирующих опухолях надпочечника и адrenокортикальном раке

*андрогенпродуцирующих опухолях надпочечника и адrenокортикальном раке
андрогенпродуцирующих опухолях надпочечника, но не при адrenокортикальном раке

260.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА НЕОПРЕДЕЛЕННОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

МРТ с контрастным усилением

МСКТ через 12 месяцев

*ПЭТ-КТ с 18ФДГ

сцинтиграфии с IMBG

261.НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

двусторонними изменениями надпочечников и выраженными клиническими проявлениями гиперандрогении

*двусторонними изменениями надпочечников и умеренными клиническими проявлениями гиперандрогении

односторонними изменениями надпочечников и выраженными клиническими проявлениями гиперандрогении

односторонними изменениями надпочечников и умеренными клиническими проявлениями гиперандрогении

262.ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ ХАРАКТЕРНО

гетерогенная структура и васкуляризация в контрастную фазу

гетерогенная структура и отсутствие васкуляризации в контрастную фазу

гомогенная структура и васкуляризация в контрастную фазу

*гомогенная структура и отсутствие васкуляризации в контрастную фазу

263.В ДИАГНОСТИКЕ КЛАССИЧЕСКИХ ФОРМ ВДКН ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

для окончательного уточнения диагноза и исследует наличие мутаций в гене 11В-гидроксилазы – СYP11B1

как первый этап неонатального скрининга и исследует наличие мутаций в гене 11В-гидроксилазы – СYP11B1

*для окончательного уточнения диагноза и исследует наличие мутаций в гене 21-гидроксилазы – СYP21

как первый этап неонатального скрининга и исследует наличие мутаций в гене 21-гидроксилазы – СYP21

264.НАТИВНАЯ (НЕКОНТРАСТНАЯ ПЛОТНОСТЬ) ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЕДИНИЦАХ ХАУНСФИЛДА РАВНА

более 30 HU

более 40 HU

*менее 10 HU

менее 20 HU

265.ДЕФИЦИТ ФЕРМЕНТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ____ % ВСЕХ СЛУЧАЕВ ВДКН

10

25

50

*90

266.ФЕРМЕНТ 21-ГИДРОКСИЛАЗА КАТАЛИЗИРУЕТ СИНТЕЗ 11-ДЕЗОКСИКОРТИКОСТЕРОНА ИЗ

*прогестерона

11-дезоксикортизола

17-гидроксипрогестерона

кортикостерона

267.ЗАПОДОЗРИТЬ ВДКН, ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ОТЛИЧИВ ЕЕ ОТ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ МОЖНО В СЛУЧАЯХ _____ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ _____ ПРИЗНАКОВ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТОВ

повышения; при наличии

понижения; в отсутствие

*повышения; в отсутствие

понижения; при наличии

268.ВИРИЛЬНАЯ ФОРМА ВДКН ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К СНИЖЕНИЮ АКТИВНОСТИ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

0

10

20

*1-2

269.ПРИ ДВУСТОРОННИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В НАДПОЧЕЧНИКАХ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

злокачественный потенциал и динамически наблюдать

надпочечниковую недостаточность, но не повышенную их функцию

*повышенную их функцию, и надпочечниковую недостаточность

повышенную их функцию, но не надпочечниковую недостаточность

270. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

атрофия яичек

*гинекомастия

снижение либидо и потенции

уменьшение роста бороды и усов

271. В МОЗГОВОМ ВЕЩЕСТВЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЮТСЯ

глюкокортикоиды

минералокортикоиды

*катехоламины

половые стероиды

272. ХРОМАФФИННЫМИ КЛЕТКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ, СПОСОБНЫЕ К СИНТЕЗУ

катехоламинов и располагающиеся исключительно в мозговом веществе надпочечников

кортикостероидов и располагающиеся исключительно в корковом веществе

надпочечников

*катехоламинов и располагающиеся как в мозговом веществе надпочечников, так и внеоргано

кортикостероидов и располагающиеся как в корковом веществе надпочечников, так и внеоргано

273. ЕСЛИ В ХОДЕ ТЕСТА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ, ВЫПОЛНЯЕМОГО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИКОВЫЙ УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА КРОВИ ПРЕВЫСИТ

1000 нмоль/л, можно говорить об отсутствии вторичной, но не первичной формы заболевания

250 нмоль/л, можно говорить об отсутствии как первичной, так и вторичной формы заболевания

500 нмоль/л, можно говорить об отсутствии первичной, но не вторичной формы заболевания

*500 нмоль/л, можно говорить об отсутствии как первичной, так и вторичной формы заболевания

274. МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО НАДПОЧЕЧНИКОВ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

мезодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего эктодермальное происхождение

энтодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего эктодермальное происхождение

*эктодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего мезодермальное происхождение

энтодермы, в отличие от коркового вещества, имеющего энтодермальное происхождение

275. ПАРААНГИОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ _____ СЛУЧАЕВ ОПУХОЛЕЙ ХРОМАФФИННОЙ ТКАНИ

вненадпочечниковой локализации, составляющей 80–85%

надпочечниковой локализации, составляющей 15–20%

надпочечниковой локализации, составляющей 80–85%

*вненадпочечниковой локализации, составляющей 15–20%

276. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*компьютерная томография с контрастным усилением
компьютерная томография без контрастного усиления
магнитно-резонансная томография без контрастного усиления
магнитно-резонансная томография с контрастным усилением

277. ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ С 18F-ФТОРДОФАМИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРААНГЛИОМЫ

любой локализации, кроме параанглиомы головы и шеи

*только головы и шеи

только органов брюшной полости и малого таза

только органов грудной клетки

278. К ОСОБЕННОСТЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫСОКУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРААНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТ

надпочечниковую локализацию

одностороннее образование надпочечника

*рецидивирующее течение

плотность по данным компьютерной томографии более 10 HU

279. ХРОМАФФИННЫЕ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГАМИ ЭФФЕКТОРНЫХ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ, КОТОРЫЕ

в отличие от последних, не способны синтезировать катехоламины и имеют отростки

в отличие от последних, не способны синтезировать катехоламины и не имеют отростков
также способны синтезировать катехоламины и имеют отростки

*также способны синтезировать катехоламины, но в отличие от последних не имеют отростков

280. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПЕРВИЧНУЮ НАДПОЧЕЧНИКОВУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

оценка базального уровня вечернего АКТГ и кортизола

стимуляционный тест с тетракозактидом

*оценка базального уровня утреннего кортизола

тест с инсулиновой гипогликемией

281. К ГОРМОНАМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПРОИЗВОДНЫМИ АМИНОКИСЛОТЫ ТИРОЗИНА, ОТНОСЯТСЯ

глюкокортикоиды и минералокортикоиды

*тиреоидные гормоны и катехоламины

катехоламины и глюकोкортикоиды

тиреоидные гормоны и минералокортикоиды

282. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НАРЯДУ С ИССЛЕДОВАНИЕМ МЕТАНЕФРИНА И НОРМЕТАНЕФРИНА В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВ ВОЗМОЖНО ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА УРОВЕНЬ

адреналина и метокситирамина

адреналина и норадреналина

*хромогранина А и метокситирамина

хромогранина А и адреналина

283. В СЕТЧАТОЙ ЗОНЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЮТСЯ

глюкокортикоиды
катехоламины
минералокортикоиды
*половые стероиды

284. ИСКЛЮЧЕНИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТАМ ПРИ НАЛИЧИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА

вне зависимости от размеров, но только при наличии артериальной гипертензии
не менее 2 см и только при наличии артериальной гипертензии
*вне зависимости от размеров и наличия артериальной гипертензии
не менее 2 см, вне зависимости от наличия артериальной гипертензии

285. НАИБОЛЕЕ КРУПНЫЕ ВНЕ НАДПОЧЕЧНИКОВЫЕ СКОПЛЕНИЯ ХРОМАФИННОЙ ТКАНИ (ПАРААНГИОМЫ) РАСПОЛОЖЕНЫ У ОСНОВАНИЯ

внутренней яремной вены и по ходу аорты, но, как правило, подвергаются инволюции в первые годы жизни

*наружной и внутренней сонных артерий и по ходу аорты и являются постоянными анатомическими образованиями

внутренней яремной вены и по ходу нижней полой вены, но, как правило, подвергаются инволюции в первые годы жизни

наружной и внутренней сонных артерий и по ходу нижней полой вены и являются постоянными анатомическими образованиями

286. К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ УМЕНЬШАЮТ УРОВЕНЬ КОРТИКОСТЕРОИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА, А ПОТОМУ ТРЕБУЮТ ОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ НА УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО КОРТИЗОЛА, ОТНОСЯТСЯ

беременность
гипертриглицеридемия
*тиреотоксикоз
прием эстроген-содержащих препаратов

287. К ГОРМОНАМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПРОИЗВОДНЫМИ ХОЛЕСТЕРОЛА, ОТНОСЯТСЯ

катехоламины и глюкокортикоиды
*глюкокортикоиды и минералокортикоиды
тиреоидные гормоны и катехоламины
тиреоидные гормоны и минералокортикоиды

288. ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, МОЧЕИСПУСКАНИИ, ДЕФЕКАЦИИ И ДР.) МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ И/ИЛИ ТАХИАРИТМИЮ У ПАЦИЕНТА С

альдостеромой
кортикостеромой
*феохромоцитомой
миелолипомой

289. В ХОДЕ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРААНГИОМЫ СЦИНТИГРАФИЯ С ¹²³I-МЕТАЙОДБЕНЗИЛГУАНИДИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА В СЛУЧАЕ

отсутствия подозрения на метастатическое поражение и исключительно надпочечниковой локализации

отсутствия подозрения на метастатическое поражение и локализации в области головы и шеи

*подозрения на метастатическое поражение и рассмотрения перспективы лечения ^{131}I -метайодбензилгуанидином

подозрения на метастатическое поражение без учета рассмотрения перспективы лечения ^{131}I -метайодбензилгуанидином

290. ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ В

клубочковой зоне коры надпочечников

мозговом веществе надпочечников

*сетчатой зоне коры надпочечников

пучковой зоне коры надпочечников

291. 20 МГ ГИДРОКОРТИЗОНА ПО СВОЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНЫ ПРЕДНИЗОЛОНУ В ДОЗЕ (В МГ)

*5

0,5

10

2,5

292. В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ РЕКОМЕНДОВАНО

определение катехоламинов суточной мочи

проведение компьютерной томографии

*определение метанефринов суточной мочи

проведение магнитно-резонансной томографии

293. К ОСОБЕННОСТЯМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВЫСОКУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ/ПАРААНГЛИОМОЙ, ОТНОСЯТ

надпочечниковую локализацию

*мультифокальность поражения

одностороннее образование надпочечника

плотность по данным компьютерной томографии более 10 HU

294. ПРЕПАРАТАМИ, НЕ ИСКАЖАЮЩИМИ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА НА МЕТИЛИРОВАННЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ КАТЕХОЛАМИНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ

ингибиторы моноаминоксидазы

симпатомиметики

трициклические антидепрессанты

*блокаторы кальциевых каналов

295. В КЛУБОЧКОВОЙ ЗОНЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЮТСЯ

глюкокортикоиды

катехоламины

*минералокортикоиды

половые стероиды

296. 5 МГ ПРЕДНИЗОЛОНА ПО СВОЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНЫ ДЕКСАМЕТАЗОНУ В ДОЗЕ (В МГ)

10

2,5
*0,5
5

297. ПРЕПАРАТАМИ, НЕ ИСКАЖАЮЩИМИ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА НА МЕТИЛИРОВАННЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ КАТЕХОЛАМИНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ

ингибиторы моноаминоксидазы
симпатомиметики
*а-адреноблокаторы
трициклические антидепрессанты

298. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ В

клубочковой зоне коры надпочечников
мозговом веществе надпочечников
*пучковой зоне коры надпочечников
сетчатой зоне коры надпочечников

299. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

оперативные вмешательства в области гипофиза
*длительная терапия глюкокортикоидами
опухоли гипоталамо-гипофизарной системы
послеродовой инфаркт гипофиза

300. ПРИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЗАБОР КРОВИ ПРОИЗВОДЯТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

гормонов щитовидной железы
паратгормона
ренина
*ренина, альдостерона, АКТГ

301. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРЕХКРАТНОГО ПОВЫШЕНИЯ НОРМЕТАНЕФРИНА, ЛИБО МЕТАНЕФРИНА В ХОДЕ АНАЛИЗА СУТОЧНОЙ МОЧИ, ДИАГНОЗ «ФЕОХРОМОЦИТОМА»

следует подтвердить в ходе повторного исследования через 3 месяца
следует подтвердить в ходе теста с глюконатом кальция
*не вызывает сомнений и не требует подтверждающих тестов
следует подтвердить в ходе теста с клонидином

302. СТАНДАРТНЫЙ ПРОТОКОЛ ТЕСТА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ЗАБОР ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЕЙ КОРТИЗОЛА И ГЛЮКОЗЫ ИСХОДНО И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ВНУТРИВЕННО В ДОЗЕ (В ЕД/кг)

*0,1–0,15
0,05–0,025
0,25–0,5
0,5–1,0

303.ХРОМАФФИННЫЕ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГАМИ ЭФФЕКТОРНЫХ НЕЙРОНОВ И СОСТАВЛЯЮТ ОСНОВНОЙ ВИД КЛЕТОК ПАРЕНХИМЫ _____ ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ

парасимпатических; коркового

парасимпатических; мозгового

*симпатических; мозгового

симпатических; коркового

304.НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ЭТО

инфекционная патология надпочечников у взрослых и ВДКН у детей

*аутоиммунная патология надпочечников у взрослых и ВДКН у детей

инфекционная патология надпочечников у взрослых и аутоиммунная у детей

опухолевая патология надпочечников у взрослых и аутоиммунная у детей

305.В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОРТИЗОЛА (80%)

находится в несвязанной с белками форме, а оставшиеся 10–15% связаны с альбумином

находится в несвязанной с белками форме, а оставшиеся 10–15% связаны с кортикостероидсвязывающим глобулином

связана с альбумином, а оставшиеся 10–15% – с кортикостероидсвязывающим глобулином

*связана с кортикостероидсвязывающим глобулином, а оставшиеся 10–15% – с альбумином

306.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГИДРОКОРТИЗОН ОБЫЧНО НАЗНАЧАЕТСЯ _____ РАЗА В ДЕНЬ, Т.К. ЕГО ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИНУТ

1-2; 200

*2-3; 90

1-2; 90

2-3; 200

307.К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ УМЕНЬШАЮТ УРОВЕНЬ КОРТИКОСТЕРОИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА, А ПОТОМУ ТРЕБУЮТ ОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ НА УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО КОРТИЗОЛА, ОТНОСЯТСЯ

беременность

гипертриглицеридемия

*нефротический синдром

прием эстроген-содержащих препаратов

308.К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ УМЕНЬШАЮТ УРОВЕНЬ КОРТИКОСТЕРОИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА, А ПОТОМУ ТРЕБУЮТ ОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ НА УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО КОРТИЗОЛА, ОТНОСЯТСЯ

Беременность

*цирроз печени

гипертриглицеридемия

прием эстроген-содержащих препаратов

309.ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

блокаторы рецептора ангиотензина II
дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов
*блокаторов минералокортикоидных рецепторов
ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

310. ПОЛУЧЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ, ПРЕВЫШАЮЩЕГО 140 НМОЛЬ/Л (5 МКГ/ДЛ) В КОМБИНАЦИИ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ПЛАЗМЕННОГО АКТГ ПОВЫШЕННОЙ БОЛЕЕ, ЧЕМ В 2 РАЗА ОТНОСИТЕЛЬНО ВЕРХНЕГО ПРЕДЕЛА РЕФЕРЕНСНОГО ЗНАЧЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАДПОЧЕЧНИКОВУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

подтверждает наличие вторичной, но не первичной формы заболевания
подтверждает наличие первичной или вторичной формы заболевания
*не подтверждает и не исключает наличия надпочечниковой недостаточности
подтверждает наличие первичной, но не вторичной формы заболевания

311. ТЕСТ С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ _____ ФОРМЫ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

вторичной, но не первичной
исключительно третичной
*только вторичной
первичной, но не вторичной

312. ГОРМОНАМИ, КОТОРЫЕ СЕКРЕТИРУЮТСЯ ПОЧКАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ

ренин, альдостерон
ренин, паратгормон
*ренин, эритропоэтин, 1,25 – дигидроксивитамин D₃
эритропоэтин, паратгормон

313. НАЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НА ЭТАПЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ УСЛОВИИ ПОЛУЧЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ,

не превышающего 140 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ выше верхнего предела референсного значения
не превышающего 500 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ выше верхнего предела референсного значения
*не превышающего 140 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ повышенной более, чем в 2 раза относительно верхнего предела референсного значения
не превышающего 500 нмоль/л в комбинации с концентрацией плазменного АКТГ повышенной более, чем в 2 раза относительно верхнего предела референсного значения

314. СЛЕДУЕТ БЫТЬ ОСТОРОЖНЫМ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТА ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ КОРТИЗОЛА У ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАЮЩИХ ЭСТРОГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, Т.К. ТЕРАПИЯ ПОСЛЕДНИМИ ПРИВОДИТ К

повышению уровня кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и уменьшению уровня кортизола по результатам анализа
понижению кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и уменьшению уровня кортизола по результатам анализа
*повышению уровня кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и кортизола по результатам анализа

понижению кортикостероидсвязывающего глобулина (КСГ, транскортина) и уровня кортизола по результатам анализа

315. ПОЛУЧЕНИЕ В ХОДЕ ТЕСТА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ, ВЫПОЛНЯЕМОГО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПИКОВОГО УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ МЕНЕЕ 500 НМОЛЬ/Л НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИИ МЕНЕЕ 2,2 ММОЛЬ/Л

не исключает наличия заболевания, но требует исследования базального уровня АКТГ для подтверждения наличия заболевания

*является информативным и подтверждает наличие заболевания

не исключает наличия заболевания, но требует исследования базального уровня кортизола для подтверждения наличия заболевания

не является информативным и требует повторения стимулирующего теста

316. В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МАРКЕРА АДЕКВАТНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ

17-гидроксипрогестерон

АКТГ

Альдостерон

*ренин

317. 20 МГ ГИДРОКОРТИЗОНА ПО СВОЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНЫ ДЕКСАМЕТАЗОНУ В ДОЗЕ (В МГ)

10

2,5

*0,5

5

318. К ГОРМОНАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, В СОСТАВ КОТОРЫХ ВХОДИТ ЙОД, ОТНОСЯТ

кальцитонин

паратгормон

*тироксин, трийодтиронин

тиреоглобулин

319. ИСТИННЫМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

Ревматизм

*струма Хашимото

цирроз печени

язвенная болезнь желудка

320. СМВ-ТЕРАПИЯ ОБЛАСТИ ГОРТАНИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

хроническом гайморите

хроническом ларингите

*заболеваниях щитовидной железы

хроническом фарингите

321. СМВ-ТЕРАПИЯ НА ОБЛАСТЬ ШЕИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

туберкулезе в анамнезе

*хроническом аутоиммунном тиреоидите

хроническом ларингите

хроническом фарингите

322.I ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA
СООТВЕТСТВУЕТ

доброкачественному образованию
злокачественному новообразованию
*неинформативной пункции
фолликулярной опухоли

323.IV ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA
СООТВЕТСТВУЕТ

атипии неопределённого значения
*фолликулярной опухоли
злокачественному новообразованию
неинформативной пункции

324.ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА РЕФЕРЕНТНОГО ИНТЕРВАЛА ДЛЯ КАЛЬЦИТОНИНА
КРОВИ У МУЖЧИН НЕ БОЛЕЕ (ПГ/МЛ)

1
2
5
*12

325.НЕИНФОРМАТИВНАЯ ПУНКЦИЯ СООТВЕТСТВУЕТ _____
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

*I
II
III
IV

326.C ЦЕЛЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФОУЗЛАХ ШЕИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ СО СМЫВОМ ИЗ ИГЛЫ НА

ТТГ
Тиреоглобулин
*кальцитонин
тироксин

327.ПОДОЗРЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

III
IV
*V
VI

328.ПАЦИЕНТОВ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ РИСКА НАЛИЧИЯ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ
РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НАЛИЧИИ

возраста пациентов старше 45 лет
тиреотоксикоза
*увеличенных регионарных лимфоузлов
узловых образований щитовидной железы более 3 см

329.ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ В СОЧЕТАНИИ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
определения уровня тиреоглобулина
открытой биопсии
*сцинтиграфии
тонкоигольной аспирационной биопсии

330.ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA
III
IV
*VI
V

331.ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ТАБ) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «BETHESDA, V» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ
динамическое УЗИ наблюдение
молекулярно-генетическое исследование
*хирургическое лечение
повторное проведение ТАБ

332.ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
васкуляризация узла в области ворот
гипоэхогенность узла
*микрокальцинат
диаметр менее 6 мм

333.ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
васкуляризация узла в области ворот
гипоэхогенность узла
*кистозный компонент
диаметр менее 6 мм

334.II ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ
злокачественному новообразованию
*доброкачественному образованию
неинформативной пункции
фолликулярной опухоли

335.ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПУНКТАТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЖНО ФОРМУЛИРОВАТЬСЯ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
Burch and Wartofsky
*Bethesda
SCORE
TIRADS

336.С ЦЕЛЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛИМФОУЗЛАХ ШЕИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ СО СМЫВОМ ИЗ ИГЛЫ НА

ТТГ

*тиреоглобулин

кальцитонин

тироксин

337.ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТОНКОИГЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ТАБ) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «BETHESDA, VI» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

динамическое УЗИ наблюдение

молекулярно-генетическое исследование

*хирургическое лечение

повторное проведение ТАБ

338.VI ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA СООТВЕТСТВУЕТ

атипии неопределённого значения

неинформативной пункции

*злокачественному новообразованию

подозрению на злокачественное поражение

339.ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ НЕОПЛАЗИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

*IV

II

V

VI

340.ПРИ НАБЛЮДЕНИИ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА РЕКОМЕНДОВАН ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ТТГ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

18

24

*12

6

341.ОЦЕНКУ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ ПРОВОДЯТ ПО УРОВНЮ

T3

*ТТГ

T4

кальцитонина

342.АТИПИЯ НЕОПРЕДЕЛЁННОГО ЗНАЧЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA

II

*III

IV

V

343.ПРИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ МЕНЕЕ 1 СМ ПРИ СЕМЕЙНОМ АНАМНЕЗЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО

определение уровня АТ к ТГ

определение уровня ТГ

*проведение пункционной биопсии

хирургическое лечение

344.РАДИОЙОДТЕРАПИЯ НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

аутоиммунного тиреоидита Хашимото

подострого гранулематозного тиреоидита Де-Кервена

фиброзирующего тиреоидита Риделя

*болезни Грейвса (Базедов)

345.ЦЕЛЬЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

*нормализация размеров щитовидной железы

ликвидация компрессионного синдрома

ликвидация узлов щитовидной железы

нормализация функции щитовидной железы

346.К АНТИТИРЕОИДНЫМ СРЕДСТВАМ, РАЗРУШАЮЩИМ ФОЛЛИКУЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОТНОСЯТ

*радиоактивный йод

калия перхлорат

пропилтиоурацил

тиамазол

347.ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТОВ ЙОДИДА КАЛИЯ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА, МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ, СВЯЗАННОЕ С

*гиперкалиемией

гиперйодемией

гиперкальциемией

гипермагниемией

348.ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ СОДЕРЖИТ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДОЗЫ ЙОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

*амиодарон

дронедарон

мерказолил

пропилтиоурацил

349.РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ МАНИФЕСТНОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ В СУТКИ)

*2.3

1.2

1.6

1.8

350.ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТАМИ ЙОДА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ЙОДИЗМА, СИМПТОМОМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ

*тошнота
боль в области щитовидной железы
двустороннее пучеглазие
ощущение «кома в горле»

351.РАСЧЁТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ МАНИФЕСТНОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ МКГ/КГ В СУТКИ

*1,6
0,9
2,0
2,3

352.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЦИНТИГРАФИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗАХВАТ РАДИОФАРМПРЕПАРАТА ____

*диффузный повышенный
в пределах популяционной нормы
очаговый повышенный
пониженный

353.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ИЗБЫТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ЙОДА В ОРГАНИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

*йодиндуцированный тиреотоксикоз
гипотироксинемия
первичный гипотиреоз
тиреотоксический криз

354.МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ОБУСЛОВЛЕН

*воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
блокированием поступления йода в щитовидную железу
воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
торможением конверсии тироксина в трийодтиронин

355.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

*левотироксин натрия
генно-инженерный тиреолиберин
препараты йода
рекомбинантный ТТГ человека

356.ОПТИМАЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

*перевод в эутиреоидное состояние
обострение процесса
усиление потливости
усиление экзофтальма

357.ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТИОНАМИДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

*блокировании тиреоидной пероксидазы
нарушении конверсии Т4 в Т3
нарушении транспорта йодидов внутрь клетки

подавлении протеолиза тиреоглобулина

358.ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ С УРОВНЕМ ТТГ МЕНЕЕ 10 МЕД/Л РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- *наблюдение в динамике
- контроль уровня АТ-ТПО с последующим решением об инициации лечения
- назначение препаратов йода
- терапия левотироксином натрия в малых дозах

359.ИСХОДНЫМ ПРОДУКТОМ ДЛЯ СИНТЕЗА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- *тирозин
- валин
- лейцин
- фенилаланин

360.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ГИПОТИРОКСИНЕМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОКАЗАНО

- наблюдение
- прерывание беременности
- *терапия левотироксином натрия
- терапия препаратами трийодтиронина

361.ОБОСНОВАННОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ДИФфуЗНОМ ЗОБЕ 3 СТЕПЕНИ С ЯВЛЕНИЯМИ ТИРЕОТОКСИКОЗА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *плановая субтотальная резекция щитовидной железы
- гемиструмэктомия после подготовки
- лечение тиреостатическими препаратами
- экстренная субтотальная резекция щитовидной железы

362.ПРЕПАРАТ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ УТРОМ

- *за 30 минут до еды
- во время еды
- перед приёмом пищи
- через 30 минут после еды

363.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ТАБЛЕТКУ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ РЕКОМЕНДОВАНО

- *сменить бренд препарата
- добавить антигистаминный препарат
- добавить терапию преднизолоном
- инициировать внутривенную терапию левотироксином натрия

364.ПЕРЕОЦЕНКА ПРИНИМАЕМОЙ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ НЕОБХОДИМА ПРИ

- *значительной динамике массы тела
- нормализации уровня гормонов
- приёме препарата более 5 лет
- смене сезонов года

500)

365.ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ ПРОИНСУЛИНА

- *низким; низким
- высоким; высоким
- высоким; низким
- низким; высоким

366.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АКРОМЕГАЛИИ У ПАЦИЕНТА С ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ И НАЛИЧИЕМ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ

- *синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
- болезни Гиппеля-Линдау
- комплекса Карни
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б

367.ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЭКЗОГЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ ПРОИНСУЛИНА

- *высоким; низким
- высоким; высоким
- низким; высоким
- низким; низким

368.ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАЛИЧИЕ ИНСУЛИНОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ ПРОИНСУЛИНА

- *высоким; высоким
- высоким; низким
- низким; высоким
- низким; низким

369.ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЭКЗОГЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ С-ПЕПТИДА

- *высоким; низким
- высоким; высоким
- низким; высоким
- низким; низким

370.К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ АССОЦИИРОВАНЫ С ЧАСТЫМ РАЗВИТИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ, ОТНОСЯТ

- *пентамидин
- дiazоксид
- оланзапин
- циклоспорин

371.ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИПЛА У ПАЦИЕНТА БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- *инсулиномы
- випомы
- гастриномы

глюкагономы

372.К ЭНДОКРИНОПАТИИ, ЧАСТО АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА, ОТНОСИТСЯ

*периферическое преждевременное половое развитие
инсулинома
надпочечниковая недостаточность
сахарный диабет тип 1

373.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА КЕРНСА–СЕЙРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ

*гипопаратиреоза
гастриномы
многоузлового зоба
фолликулярного рака щитовидной железы

374.ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И ____ УРОВНЕМ β -ГИДРОКСИБУТИРАТА

*высоким; низким
высоким; высоким
низким; высоким
низким; низким

375.ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ДО ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ

*феохромоцитомы
кортикотропиномы
медуллярного рака щитовидной железы
первичного гиперпаратиреоза

376.ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ СИНДРОМОМ РОEMS МАЛЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ НАЛИЧИЕ

*гипопаратиреоза
гипотиреоза
нарушение толерантности к углеводам
сахарного диабета тип 2

377.СОЧЕТАНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ НАРУЖНОЙ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ, ПИГМЕНТНОЙ РЕТИНОПАТИИ, АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ И ЭНДОКРИНОПАТИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*синдрома Кернса–Сейра
комплекса Карни
синдрома РОEMS
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

378.ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

болезни Гиппеля-Линдау
комплекса Карни
синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б

379.УВЕЛИЧЕНИЕ ЯИЧЕК У МАЛЬЧИКА С ФИБРОЗНОЙ ДИСПАЗИЕЙ И НАЛИЧИЕМ ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ-С-МОЛОКОМ» ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

*синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
болезни Гиппеля-Линдау
комплекса Карни
синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б

380.ЧАСТОЙ ЭНДОКРИНОПАТИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА, ЯВЛЯЕТСЯ

*многоузловой зоб
атрофия коры надпочечников
гастринома
инсулинома

381.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ТРИАДЫ УИПЛА В СОЧЕТАНИИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА, С-ПЕПТИДА, ПРОИНСУЛИНА И НИЗКИМ УРОВНЕМ β -ГИДРОКСИБУТИРАТА СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ

*наличие инсулиномы
введение экзогенного инсулина
наличие гастриномы
паранеопластическую гипогликемию

382.К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ АССОЦИИРОВАНЫ С РАЗВИТИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ, ОТНОСЯТ

*индометацин
дiazоксид
клозапин
циклоспорин

383.ВЫЯВЛЕНИЕ ТРИАДЫ УИПЛА У ПАЦИЕНТА БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

*надпочечниковой недостаточности
гиперпролактинемии
гипопаратиреоза
несахарного диабета

384.ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАЛИЧИЕ ИНСУЛИНОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ УРОВНЕМ ИНСУЛИНА И _____ УРОВНЕМ β -ГИДРОКСИБУТИРАТА

*высоким; низким
высоким; высоким
низким; высоким
низким; низким

385.С МУТАЦИЕЙ ГЕНА GNAS АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ

*синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
болезни Гиппеля-Линдау
комплекса Карни

синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2Б

386.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА КЕРНСА–СЕЙРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ

фолликулярного рака щитовидной железы
многоузлового зоба
гастриномы
*сахарного диабета

387.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГИПОГЛИКЕМИИ, ВЫСОКОГО УРОВНЯ ИНСУЛИНА КРОВИ В СОЧЕТАНИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ С-ПЕПТИДА, ПРОИНСУЛИНА И β -ГИДРОКСИБУТИРАТА СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ

*экзогенное введение инсулина
инсулиному
паранеопластическую гипогликемию
прием препаратов сульфонилмочевины

388.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА КЕРНСА–СЕЙРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСКЛЮЧЕНИЕ

*гипогонадизма
инсулиномы
медуллярного рака щитовидной железы
тиреотоксикоза

389.ВЫЯВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ И ПАРАТГОРМОНА КРОВИ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ИНСУЛИНОМой МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Гиппеля-Линдау
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

390.ОТСУТСТВИЕ ПОДАВЛЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ В ПРОБЕ С 1 МГ ДЕКСАМЕТАЗОНА У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Гиппеля-Линдау
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

391.ВЫЯВЛЕНИЕ МИГРИРУЮЩЕЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ТИРЕОТРОПИНОМой МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Гиппеля-Линдау
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

392.СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ (ГНРГ) ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

различные варианты гонадотропин-независимых форм ППР
*гонадотропинзависимые формы ППР от гонадотропин-независимых форм

органические формы Гонадотропинзависимого варианта ППР
функциональный вариант Гонадотропинзависимой формы ППР от органического варианта

393.СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ ТИП 1 К 40 ГОДАМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 30
- 50
- 5
- *70

394.ФЕОХРОМОЦИТОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

- *болезни Гиппеля-Линдау
- аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
- синдрома Кернса–Сейра
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1

395.СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
- *аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
- синдрома ПРЭХ
- комплекса Карни

396.БОЛЕЗНЬ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ТИП 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ

- *феохромоцитомы
- гемангиобластомы ЦНС
- гемангиобластомы сетчатки
- карциномы почки

397.ГИПЕРКОРТИЦИЗМ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

- болезни Фабри
- синдрома DIDMOAD
- *комплекса Карни
- синдрома Кернса–Сейра

398.ИНСУЛИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- болезни Фабри
- синдрома DIDMOAD
- синдрома Кернса–Сейра

399.ГИПЕРКОРТИЦИЗМ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- болезни Гиппеля-Линдау
- болезни Фабри

синдрома Кернса–Сейра

400.СОЧЕТАНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЕАНГИОБЛАСТОМЫ ЦНС, АНГИОМ СЕТЧАТКИ, КАРЦИНОМЫ ПОЧКИ И ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

комплекса Карни

синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

*болезни Гиппеля — Линдау

синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2

401.СОМАТОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

синдрома DIDMOAD

*синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

болезни Фабри

синдрома Кернса–Сейра

402.НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома DIDMOAD

аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1

болезни Гиппеля-Линдау

комплекса Карни

403.СОМАТОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*комплекса Карни

болезни Гиппеля-Линдау

болезни Фабри

синдрома Кернса–Сейра

404.МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2b

болезни Гиппеля-Линдау

комплекса Карни

синдрома Кернса–Сейра

405.ПРИ БОЛЕЗНИ ГИППЕЛЯ — ЛИНДАУ ПРОИСХОДИТ ИНАКТИВИРУЮЩАЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ

*VHL

CAT

RET

WF1

406.СОМАТОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1

болезни Гиппеля-Линдау

болезни Фабри

синдрома Кернса–Сейра

407.ТИРЕОТРОПИНОМА В СОСТАВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Гиппеля-Линдау
болезни Фабри
синдрома Кернса–Сейра

408.НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК КЛАССИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
комплекса Карни
синдрома DIDMOAD
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

409.АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ КАК КОМПОНЕНТ СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
комплекса Карни
синдрома DIDMOAD
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

410.ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Фабри
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

411.ГЛЮКАГОНОМА КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Фабри
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

412.ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 4
болезни Фабри
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

413.ВИПОМА КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Фабри
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

414.НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК КЛАССИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома ROEMS
комплекса Карни
синдрома DIDMOAD
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

415.ГИПОПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома ROEMS
комплекса Карни
синдрома DIDMOAD
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

416.ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2А
болезни Фабри
синдрома DIDMOAD
синдрома Кернса–Сейра

417.АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ КАК КОМПОНЕНТ СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
комплекса Карни
синдрома DIDMOAD
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

418.ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ КАК КОМПОНЕНТ СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 2
комплекса Карни
синдрома DIDMOAD
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

419.ГИПОПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

*аутоиммунного полигландулярного синдрома тип 1
комплекса Карни
синдрома DIDMOAD
синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта

420.СОМАТОСТАТИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В

*гипоталамусе
гипофизе
костной ткани
печени

421.МИКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ИМЕЮТ ДИАМЕТР МЕНЕЕ (В ММ)

*10

15

3

5

422.ПРИ АКРОМЕГАЛИИ СОВМЕСТНО С СТГ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СЕКРЕТИРУЕТСЯ

*пролактин

АКТГ

ЛГ

ТТГ

423.ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТМЕЧАЕТСЯ

*двустороннее увеличение надпочечников

одностороннее увеличение надпочечников

отсутствие подавление АКТГ при большом подавляющем тесте с дексаметазоном

снижение уровня надпочечниковых андрогенов

424.В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ УРОВЕНЬ СТГ В КРОВИ НА ФОНЕ ГИПОГЛИКЕМИИ

*повышается

может как повышаться, так и снижаться

не изменяется

снижается

425.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ ДЕФИЦИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

проба с СТГ в ходе ПГТТ

исследование уровня СТГ в крови

исследование уровня ИРФ-1 связывающего белка-3

*проба с инсулиновой гипогликемией

426.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ

СТГ

АКТГ

*пролактин

ФСГ и ЛГ

427.ПРОБА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

сахарном диабете

ожирении

артериальной гипертензии

*эпилепсии

428.В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

неврологические осложнения

онкологические заболевания

*сердечно-сосудистые осложнения

легочные осложнения

429.ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА, НЕ ВЫХОДЯЩИЕ ЗА ПРЕДЕЛЫ ТУРЕЦКОГО СЕДЛА, НАЗЫВАЮТСЯ

антеселлярными

ретроселлярными

*эндоселлярными

супраселлярными

430.СЕЛЕКТИВНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ИЗ НИЖНИХ КАМЕНИСТЫХ СИНУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- *дифференциальной диагностики АКТГ-зависимого гиперкортицизма
- диагностики эндогенного гиперкортицизма
- дифференциальной диагностики АКТГ-независимого гиперкортицизма
- топической диагностики первичного гиперальдостеронизма

431.БОЛЬШАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В

- *дифференциальной диагностике АКТГ-зависимого гиперкортицизма
- диагностике ВДКН
- диагностике надпочечниковой недостаточности
- диагностике эндогенного гиперкортицизма

432.НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ОБЛАДАЕТ

- *МРТ
- КТ
- ПЭТ-КТ
- рентгенография черепа

433.О КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

- отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся
- занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население
- *охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами
- текучести кадров

434.ОТКАЗ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СРЕДСТВАМ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ СВЕДЕНИЙ ВОЗМОЖЕН, ЕСЛИ ОНИ СОДЕРЖАТ

- *врачебную тайну
- анализ качества оказания медицинской помощи
- данные о летальности пациентов в стационаре
- показатели заболеваемости населения

435.КАЖДЫЙ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО ВЫБОРА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА, ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ВРАЧА-ПЕДИАТРА В ВЫБРАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ____ В ГОД

- 4 раза
- 3 раза
- 2 раза
- *1 раз

436.ОСНОВНЫМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫМ ДОКУМЕНТОМ, РЕГУЛИРУЮЩИМ СФЕРУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- *Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Международная классификация болезней 10 пересмотра
- Федеральный закон от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»

437.КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ КОНКРЕТНОЙ ИНФОРМАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *показатель
- вариация
- медиана
- модуль

438.ВНЕСЕНИЕ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ЗАВЕДОМО ЛОЖНЫХ СВЕДЕНИЙ В ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ

- *служебным подлогом
- дисциплинарным проступком
- превышением должностных полномочий
- халатностью

439.ОПТИМАЛЬНОЙ ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ЯВЛЯЕТСЯ СТАДИЯ

- *начальная
- пика
- спада
- эскалации

440.ПРИ ОФОРМЛЕНИИ НА РАБОТУ ТРУДОВОЙ ДОГОВОР СОСТАВЛЯЮТ В _____ ЭКЗЕМПЛЯРАХ ДЛЯ _____ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА

- *2; каждой из сторон
- 3; получателей
- 4; клиентов
- 5; участников

441.ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО, КОТОРОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ИЛИ КОТОРОЕ ОБРАТИЛОСЬ ЗА ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ У НЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- *пациентом
- клиентом
- получателем медицинских услуг
- пострадавшим

442.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА

- *стимулирование труда в соответствии со спецификой и сложностью работы;
- выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию;
- оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов;
- предоставление пациенту образцов лекарственных препаратов, полученных бесплатно от фармацевтических компаний;

443.В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗАНИМАЮТ ____МЕСТО

- *первое
- второе
- третье
- четвертое

444.СОГЛАСНО НОМЕНКЛАТУРЕ, К ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТ

- *медико-санитарную часть
- бюро медицинской статистики
- центр военно-врачебной экспертизы
- центр мобилизационных резервов

445.ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ

- *диспансерного наблюдения
- диспансеризации
- проведения профилактических медицинских осмотров
- противоэпидемической работы

446.ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНИН МОЖЕТ ВЫБИРАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ____ В ГОД

- *1 раз
- 2 раза
- 3 раза
- 4 раза

447.ИНФОРМАЦИЮ, СОСТАВЛЯЮЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ПРЕДОСТАВЛЯЮТ ПО

- *запросу органов дознания, следствия и суда
- заявлению работодателя пациента
- письменному адвокатскому запросу
- решению врачебной комиссии

448.ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ УТВЕРЖДАЕТ

- *Правительство Российской Федерации
- Пенсионный фонд Российской Федерации
- Росздравнадзор
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

449.ДЕФИЦИТ ЙОДА В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- *щитовидной железы
- дыхательной системы
- надпочечников
- поджелудочной железы

450.ПОД КОНСИЛИУМОМ ПОНИМАЮТ СОВЕЩАНИЕ

- *нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента
- представителей администрации медицинской организации для решения вопроса об эвакуации пациента
- представителей страховых компаний по решению спорных вопросов лечения пациентов
- сотрудников клинической кафедры по профилю заболевания пациента

451.К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ, СКОРУЮ И

- *паллиативную
- неотложную
- стационарную
- экстренную

452.КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИМЕЕТ ТРИ УРОВНЯ

- *государственный, ведомственный и внутренний
- индивидуальный, групповой, видовой
- оперативный, тактический, стратегический
- первичный, вторичный, третичный

453.ПРИОРИТЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ _____ ПОМОЩИ

- *первичной медико-санитарной
- паллиативной
- скорой медицинской
- специализированной медицинской

454.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА

- *прохождение аттестации для получения квалификационной категории
- выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
- оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
- получение подарков и денежных средств от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов

455.МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИСВАИВАЕТСЯ СТАТУС КЛИНИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ НА БАЗЕ ОРГАНИЗАЦИИ

- *осуществляется практическая подготовка медицинских работников
- ведется научно-исследовательская деятельность
- проводится подготовка информационно-аналитических материалов
- проводятся клинические испытания

456.К ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ОТНОСЯТ

- *систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения
- контроль качества оказания медицинской помощи населению
- материально-техническое обеспечение медицинских организаций
- организацию и планирование деятельности медицинских организаций

457.ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- *недопустимость отказа в оказании медицинской помощи
- безусловное выполнение пожеланий пациента по выбору методов диагностики и лечения
- взаимодействие со средствами массовой информации
- социальная защита граждан РФ

458.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБЯЗАНЫ

- *соблюдать врачебную тайну

предоставлять информацию в письменном виде по просьбе родственников о состоянии и диагнозе пациента

рассказывать представителям средств массовой информации о случаях поступления пациентов с криминальными травмами

сообщать работодателю о заболевании сотрудника

459.ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ

*объемы соответствующих видов медицинской помощи

порядки оказания медицинской помощи

протоколы ведения пациентов

стандарты медицинской помощи

460.В СООТВЕТСТВИИ С ФЗ № 323 ОТ 21.11.2011 г. «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫБОР

*врача и медицинской организации

лекарственных средств при лечении в стационаре

методик инструментального обследования

методик лабораторного исследования

461.ПОСТУПЛЕНИЕ ЖАЛОБ ГРАЖДАН ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ

*проведения целевой (внеплановой) проверки внутреннего контроля качества

приобретения нового оборудования

проведения общего собрания

увольнения заведующего отделением, на которое поступают жалобы

462.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА

*создание профессиональных некоммерческих организаций;

выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию;

оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов;

предоставление пациенту образцов лекарственных препаратов, полученных бесплатно от фармацевтических компаний;

463.ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА

*выписку лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата или на бланках, содержащих информацию рекламного характера

получение информации о лекарственных препаратах из независимых источников

участие в научно-практических конференциях с представителями фармацевтических компаний

участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций

464.МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕЗ ЯВНЫХ ПРИЗНАКОВ УГРОЗЫ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- *неотложной
- плановой
- реабилитационной
- экстренной

465.РАЗРАБАТЫВАТЬ И УТВЕРЖДАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МОГУТ ТОЛЬКО

- *медицинские профессиональные некоммерческие организации
- Министерство здравоохранения РФ и Министерство юстиции РФ
- органы исполнительной власти субъектов РФ
- органы местного самоуправления

466.СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ

- *усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препаратов
- информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания
- план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности осмотра врачами-специалистами, выполнения лабораторных и инструментальных исследований
- рекомендуемое штатное расписание структурных подразделений медицинской организации

467.СОСТАВНОЙ ЧАСТЬЮ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *территориальная программа обязательного медицинского страхования
- программа Фонда социального страхования
- программа добровольного медицинского страхования
- программа социальной поддержки населения

468.ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ

- *систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных мероприятий;
- деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов;
- комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом;
- реализацию профилактических мероприятий;

469.ДЕЙСТВИЕ ЛИЦА, КОТОРОЕ ПЕРЕДАЕТ ДОЛЖНОСТНОМУ ЛИЦУ НЕЗАКОННОЕ ДЕНЕЖНОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ ПОСЛЕДНИМ В ИНТЕРЕСАХ ДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ ВХОДЯТ В ЕГО ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- *дачей взятки
- вручением подарка
- выплатой гонорара
- оплатой за услугу

470.СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 12 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ НАЗЫВАЕТСЯ

*младенческой
детской
неонатальной
перинатальной

471. СТАНДАРТЫ И ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА УРОВНЕ

*федерального органа исполнительной власти – Министерства здравоохранения РФ
главного врача медицинской организации
заведующего отделением медицинской организации
территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов РФ

472. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА

*страхование рисков, связанных с выполнением рабочих обязанностей
выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой,
производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
получение подарков и денежных средств от организаций, занимающихся разработкой,
производством и (или) реализацией лекарственных препаратов

473. ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ПРАВО ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА НА

*бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ
оказание медицинской помощи на платной основе
оплату листка временной нетрудоспособности
получение страховой выплаты в результате стойкой утраты работоспособности

474. ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА

*оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой,
производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
заключение договоров о проведении клинических исследований лекарственных
препаратов
участие в научно-практических конференциях
участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций

475. ЛИЦА, НЕЗАКОННО ЗАНИМАЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОГУТ ПРИВЛЕКАТЬСЯ К _____ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

*уголовной
материальной
персональной
процессуальной

476. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ

*индивидуальной программы реабилитации инвалида
полиса обязательного медицинского страхования
программы добровольного медицинского страхования

свидетельства об инвалидности

477.ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СНИЖЕНИЕ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ

*количества обоснованных жалоб
впервые выявленных заболеваний
заболеваемости с временной утратой трудоспособности
числа пролеченных больных

478.ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

*четырёх
двух
трех
шести

479.ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

*10; 12
12; 14
4; 5
6; 8

480.СИНОНИМОМ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ

*андроидное
вторичное
гинеоидное
ягодично-бедренное

481.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ НЕОБХОДИМО

*рассчитать индекс массы тела
выяснить количество попыток снижения массы тела
выяснить наследственный анамнез
определить длительность ожирения

482.ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА ТАЛИИ К ОБЪЕМУ БЕДЕР У МУЖЧИН ____ КАК АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ

*>0,90
>0,75
>0,80
>0,85

483.ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА 30,0-34,9 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

*ожирении I степени
избыточной массе тела
нормальной массе тела
ожирении II степени

484.ГИНОИДНОЕ ОЖИРЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ОЖИРЕНИЮ

- *экзогенно-конституциональному
- церебральному
- эндокринному
- ятрогенному

485.ОЖИРЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С НАЛИЧИЕМ И ЛЕЧЕНИЕМ ОПУХОЛЕЙ ГИПОТАЛАМУСА И СТВОЛА МОЗГА, НАЗЫВАЕТСЯ

- *гипоталамическим
- первичным
- церебральным
- ятрогенным

486.РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ СПОСОБСТВУЕТ

- *увеличение калорийности питания
- высокое потребление пищевых волокон
- недостаточное потребление фруктов и овощей
- низкий уровень потребления витаминов

487.ОЖИРЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ В ГЕНАХ, НАЗЫВАЮТ

- *моногенным
- простым
- церебральным
- ятрогенным

488.АНДРОИДНОЕ ОЖИРЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ОЖИРЕНИЮ

- *экзогенно-конституциональному
- церебральному
- эндокринному
- ятрогенному

489.ДЛЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

- *увеличение массы висцерального жира
- снижение массы висцерального жира
- увеличение массы подкожного жира
- увеличение общей массы тела

490.ПОКАЗАТЕЛЬ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ЖЕНЩИН, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О ПОВЫШЕННОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 88 и более
- 65-70
- 75-80
- *80-85 и более

491.ОЖИРЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ КАЛОРИЙ В УСЛОВИЯХ ГИПОДИНАМИИ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- *простым\алиментарным
- гипоталамическим
- церебральным
- ятрогенным

492.ПОКАЗАТЕЛЬ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ЖЕНЩИН БОЛЕЕ 80 СМ
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- *избытке висцерального жира
- гиперстеническом типе телосложения
- повышенном развитии мышц брюшного пресса
- скоплении газов в кишечнике

493.ОЖИРЕНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
НАЗЫВАЕТСЯ

- *ятрогенным
- первичным
- церебральным
- эндокринным

494.ЕДИНСТВЕННЫМ РАЗРЕШЕННЫМ К ПРИМЕНЕНИЮ В РФ ДЛЯ ТЕРАПИИ
НЕОСЛОЖНЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *орлистат
- лираглутид
- метформин
- сибутрамин

495.ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИМТ
> _____ КГ/М²

- *40
- 25
- 30
- 35

496.ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА 35,0-39,9
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- нормальной массе тела
- избыточной массе тела
- *ожирении II степени
- ожирении I степени

497.ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА 40,0 И БОЛЕЕ
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- избыточной массе тела
- *ожирении III степени
- ожирение II степени
- ожирении I степени

498.ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ,
НАПРАВЛЕННЫМ НА

- *уменьшение размеров желудка
- пересадку жировых отложений
- снижение абсорбции пищи в кишечнике
- удаление жировых отложений

499.ПИТАНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ
РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

демографическим
генетическим
*психологическим и поведенческим
социально-экономическим

500.КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

*стеатоз
вирусный гепатит
доброкачественное новообразование
холангит

501.ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

психологическим и поведенческим
демографическим
генетическим
*социально-экономическим

502.ОЖИРЕНИЮ III СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М²

*49,9
29,9
34,9
39,9

503.ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

*демографическим
генетическим
психологическим и поведенческим
социально-экономическим

504.ГАСТРОШУНТИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА

*снижение абсорбции пищи в кишечнике
пересадку жировых отложений
удаление жировых отложений
уменьшение размеров пищевода

505.ГАСТРОПЛИКАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА снижение абсорбции пищи в кишечнике

пересадку жировых отложений
*уменьшение размеров желудка
удаление жировых отложений

506.ОБРАЗОВАНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

генетическим
*социально-экономическим
демографическим
психологическим и поведенческим

507.СТРЕСС ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

демографическим

генетическим

*психологическим и поведенческим

социально-экономическим

508.УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

демографическим

генетическим

*психологическим и поведенческим

социально-экономическим

509.БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА

удаление жировых отложений

пересадку жировых отложений

*снижение абсорбции пищи в кишечнике

уменьшение размеров пищевода

510.ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М²

*28,5

31,9

37,1

41,9

511.МИНИГАСТРОШУНТИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА

*снижение абсорбции пищи в кишечнике

пересадку жировых отложений

удаление жировых отложений

уменьшение размеров пищевода

512.ДИАРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

*билиопанкреатического шунтирования

длительной гипокалорийной диеты

липосакции

липофилинга

513.ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

*психологическим и поведенческим

генетическим

демографическим

социально-экономическим

514.КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

вирусный гепатит

*неалкогольный стеатогепатит
доброкачественное новообразование
холангит

515.С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
индекс атерогенности
индекс апноэ-гипопноэ
*композитный состав тела
толщину подкожной жировой клетчатки

516.КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ
БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
холангит
доброкачественное новообразование
вирусный гепатит
*цирроз печени

517.РЕКОМЕНДОВАННОЙ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ПРЕПАРАТА
КСЕНИКАЛ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МГ 3 РАЗА В СУТКИ
*120
240
60
90

518.С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОДЕНСИТОМЕТРИИ В РЕЖИМЕ «ВСЁ ТЕЛО»
ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
*композитный состав тела
индекс апноэ-гипопноэ
индекс атерогенности
толщину подкожной жировой клетчатки

519.НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____
КГ/М2
*23,5
25,9
30,5
44,1

520.В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИКИ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА У ПАЦИЕНТА,
ПРИНИМАЮЩЕГО ЛИРАГЛУТИД, СЛЕДУЕТ
*отменить прием лираглутида
продолжить прием лираглутида в прежней дозе
снизить дозу лираглутида
увеличить дозу лираглутида

521.КУРЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ
РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ
*психологическим и поведенческим
генетическим
демографическим
социально-экономическим

522.ДЕМПИНГ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

*гастрошунтирования
длительной гипокалорийной диеты
липосакции
приема лираглутида

523.ЛУНООБРАЗНОЕ ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ОЖИРЕНИЯ И

*гиперкортицизма
гипоовариального ожирения
гипотиреоза
парциальной липодистрофии

524.РЕКОМЕНДОВАННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ПРЕПАРАТА САКСЕНДА ЯВЛЯЕТСЯ

*3 мг 1 раз в сутки
0,6 мг 2 раза в сутки
1,2 мг 3 раза в сутки
3 мг 1 раз в неделю

525.ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

*накопление избыточного количества триглицеридов в гепатоцитах
некроз гепатоцитов, обусловленный прямым действием токсина
повышение давление в системе портальной вены, обусловленное обструкцией портальных сосудов
сенсibilизация иммунцитов к собственным тканям организма

526.КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

*биоимпедансного анализа
измерения веса и роста с вычислением индекса массы тела
подробного опроса пациента с определением рациона питания
электронеиомиографии

527.ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫХ БАЛЛОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА

*уменьшение свободного пространства в желудке
пересадку жировых отложений
снижение абсорбции пищи в кишечнике
удаление жировых отложений в области живота

528.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА _____ ПОДКОЖНЫЙ

*саксенда
ксеникал
новорапид
орлистат

529.КАЛОРИЙНОСТЬ РАЦИОНА СПОРТСМЕНОВ, ФОРСИРОВАННО СНИЖАЮЩИХ МАССУ ТЕЛА, СНИЖАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

*углеводов
белков

жидкости
жиров

530.ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ В РФ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, ОБЛАДАЮЩИМ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

метформин
*лираглутид,
семаглутид
орлистат

531.ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ В РФ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, ВЛИЯЮЩИМ НА СПОСОБНОСТЬ УСВАИВАТЬ ИЗ ПИЩИ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ПИЩЕВЫЕ ВЕЩЕСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

*орлистат
лираглутид
метформин
сIBUTРАМИН

532.НАЗНАЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОЖИРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ ИМТ (В КГ/М²)

*более 30
18,5-25,0
25,0-30,0
менее 18,5

533.К ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ В РФ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ АНАЛОГОМ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1, ОТНОСЯТ

*лираглутид
метформин
орлистат
сIBUTРАМИН

534.ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ У _____ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

*взрослых; свыше 40
взрослых; 25-30
детей; 25-30
детей; 40

535.ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*ИМТ > 35 кг/м², при отсутствии результатов от других методов лечения и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний

ИМТ > 25 кг/м² при наличии диагноза F 50.2 нервная булимия
ИМТ > 30 кг/м², при наличии целлюлита
ИМТ > 35 кг/м², при отказе пациента от других методов лечения

536.РЕКОМЕНДУЕМЫМ ДИЕТОЛОГИЧЕСКИМ ПОДХОДОМ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

*использование продуктов и блюд с низким гликемическим индексом, и повышением содержания в диете пищевых волокон (до 30 г в день)

включение в рацион продуктов и блюд с высоким гликемическим индексом, и низким содержания в диете пищевых волокон (до 30 г в день)

включение в рацион продуктов и блюд с высоким содержанием белка

преимущественное использование продуктов и блюд с низким содержанием натрия

537.К ГЛАВНЫМ ЦЕЛЯМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ

*снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, достижение оптимального уровня артериального давления

снижение потребления насыщенных жиров и простых углеводов

увеличение потребления овощей и фруктов

улучшение внешнего вида и повышение самооценки пациента

538.РЕКОМЕНДУЕМЫМ ДИЕТОЛОГИЧЕСКИМ ПОДХОДОМ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

*снижение энергоценности рациона на 500-1000 ккал от физиологической потребности в энергии с обеспечением снижения массы тела в среднем на 0,5-1 кг/неделю

назначение «голодных» разгрузочных дней

ограничение калорийности рациона в 2 раза от исходного уровня с обеспечением снижения массы тела в среднем на 5 кг/неделю

снижение энергоценности рациона не более чем на 100-200 ккал от физиологической потребности в энергии

539.У ПРЕПАРАТА ОРЛИСТАТ МАКСИМАЛЬНО РАЗРЕШЕННАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

*4

10

1

2

540.ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С ПОДКОЖНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*лираглутид

метформин

орлистат

сибутрамин

541.ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*исключение из рациона продуктов с высоким содержанием сахара

распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи

употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции

употребление преимущественно твердой пищи

542.МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ ДОЗА ЛИРАГЛУТИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В СУТКИ

*3,0

0,6

1,2

1,8

543.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ САКСЕНДА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

*медуллярного рака в анамнезе
сахарного диабета 2 типа
травматических переломов в анамнезе
язвы двенадцатиперстной кишки в анамнезе

544.ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДЕФИЦИТА БЕЛКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

*отеков
болезни бери-бери
врожденных пороков развития
нарушений зрения

545.СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛИРАГЛУТИД ЯВЛЯЕТСЯ

*подкожный
внутривенный
пероральный
ректальный

546.ПОСЛЕ ИЦИНЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ШАГ ПОВЫШЕНИЯ ДОЗЫ ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В НЕДЕЛЮ

*0,6
1,2
1,8
3,0

547.ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С ПЕРОРАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*орлистат
лираглутид
ситаглиптин
эмпаглифлозин

548.ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ

*витаминов А, Е, В₁
белка
кальция и витамина D
паратиреоидного гормона

549.ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ _____ УВЕЛИЧИВАЕТ ЭНЕРГОЗАТРАТЫ ОРГАНИЗМА

*сIBUTрамин
лираглутид
орлистат
семаглутид

550.ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*употребление жидкости маленькими глотками
распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи

содержание жиров в рационе до 50%
употребление преимущественно твердой пищи

551.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА _____
ПЕРОРАЛЬНЫЙ

*сибутрамин
вилдаглиптин
инсулин гларгин
лираглутид

552.ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К
БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*нарезка плотной пищи очень маленькими кусочками
распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
содержание жиров в рационе до 50%
употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции

553.БОЛЕЗНЬ БЕРИ-БЕРИ, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ, МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ДЕФИЦИТ

*тиамина
железа
меди
фолиевой кислоты

554.СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СИБУТРАМИН ЯВЛЯЕТСЯ

*пероральный
внутривенный
подкожный
ректальный

555.ПРИНЦИПОМ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К
БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*разжевывание пищи до очень жидкой консистенции
распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
содержание жиров в рационе до 50%
употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции

556.АНЕМИЯ, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ, МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ДЕФИЦИТ

*железа
белка
витамина D
кальция

557.ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ВЕРНИКЕ-КОРСАКОВА, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ
ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ДЕФИЦИТ

*тиамина
железа
меди
фолиевой кислоты

558.ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- *демпинг-синдром
- аллергическая реакция
- гломерулонефрит
- развитие резистентности к инсулину

559.ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЛЮКАГОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- *стимуляции гликогенолиза
- подавления гликогенолиза
- подавления глюконеогенеза
- стимуляции гликолиза

560.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ТРЕБУЕТСЯ

- *за 48 часов до и после процедуры отменить метформин, НПВС, иАПФ/БРА, иНГЛТ-2, диуретики, оценить уровень креатинина через 48-96 часов, провести адекватную гидратацию
- за 12 часов до и после процедуры отменить метформин, НПВС, иАПФ/БРА, иНГЛТ-2, диуретики, оценить уровень креатинина через 120 часов
- за 24 часов до процедуры отменить метформин, НПВС, иАПФ/БРА, иНГЛТ-2, диуретики, оценить уровень креатинина через 120 часов, провести адекватную гидратацию после процедуры
- за 48 часов до и после процедуры назначить инсулин, оценить уровень креатинина крови, альбумина/креатинина мочи в течение 1 мес. после процедуры, назначить адекватную гидратацию после процедуры.

561.КОНТРОЛЬ ГЕМОГЛОБИНА, ЖЕЛЕЗА, ФЕРРИТИНА ПЛАЗМЫ, НАСЫЩЕНИЯ ТРАНСФЕРРИНА ЖЕЛЕЗОМ ПРИ ХБП С4 А1-3 В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДСТВАМИ, СТИМУЛИРУЮЩИМИ ЭРИТРОПОЭЗ, И ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАН 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

- *1
- 12
- 3
- 6

562.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКФ КЛИРЕНСОВЫМИ МЕТОДАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СД ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- *морбидного ожирения
- выявления протеинурии
- выявления стеноза почечной артерии
- обострения хронического пиелонефрита

563.К КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) И УМЕРЕННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С

- *СД 2, возрастом < 50 лет и течением СД < 10 лет без других факторов риска
- наличием гипертрофии левого желудочка
- наличием протеинурии
- течением СД ≥10 лет без поражения органов-мишеней и наличием дополнительного фактора риска сердечно-сосудистого заболевания

564.ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОРАЖАЮТСЯ

- *артерии
- венулы
- вены

капилляры

565.СУТОЧНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ

*эпизодов гипотензии

впервые выявленных нецелевых значений АД

желания пациента

отсутствии разницы между офисным и домашним значением АД

566.КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕФРОЛОГА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХБП С4 А1-3 ПОКАЗАНА 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)

*6

12

1

3

567.ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ОТНОСИТСЯ К

*микрососудистым осложнениям

атеросклеротическим изменениям

диабетической нейропатии

макрососудистым осложнениям

568.ОСТРАЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ

*градиенте температуры $> 2^{\circ}\text{C}$ в симметричных исследованиях двух стоп
выявлении облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей

наличии сухой гангрены пальцев стопы

уровне лодыжечно – плечевого индекса = 0,4

569.К ПАЦИЕНТАМ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ

*декомпенсированные пациенты с СД 1 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания

декомпенсированные пациенты с СД 2 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания

пациенты с СД 1 типа в дебюте заболевания

пациенты с СД и наличием микроваскулярных осложнений СД

570.ОЦЕНКА СЕНСОРНОЙ ФОРМЫ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ

*вибрационной чувствительности

моторного ответа по данным ЭНМГ

ортостатической пробы

сухожильных рефлексов

571.ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*кардиальная автономная нейропатия

ХОБЛ

дистальная диабетическая полинейропатия

хронический пиелонефрит

572.ВОЗМОЖНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОПЫ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *стопа-качалка
- вальгусная стопа
- деформация Тейлора
- пяточная стопа

573.К ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С

- тиреотоксикозом
- подагрическим артритом
- артериальной гипертензией
- *периферической нейропатией любого генеза

574.ОЦЕНКА ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- *градуированного камертона 128 Гц
- ТипТерма
- монофиламента (10 г)
- неврологического молоточка

575.ТЕСТ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПРОИЗОШЛО

- снижение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 20 мм рт.ст.

- повышение систолического АД на 20 и более мм рт.ст. и/или снижение диастолического АД на 10 мм рт.ст.

- *снижение систолического АД на 20 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст.

- снижение систолического и диастолического АД на 10 и более мм рт.ст.

576.К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТ

- *ретроградную эякуляцию
- никтурию
- хронический пиелонефрит
- частые позывы к мочеиспусканию

577.ПЕРЕДНЯЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ГОЛЕНИ И СТОПЫ ИННЕРВИРУЕТСЯ ____ НЕРВОМ

- *поверхностным малоберцовым
- большеберцовым
- глубоким малоберцовым
- икроножным

578.К НЕДИАБЕТИЧЕСКИМ НЕЙРОПАТИЯМ, СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНОМУ ДИАБЕТУ, ОТНОСЯТ

- *туннельные синдромы
- гастроинтестинальную автономную форму
- дистальную сенсомоторную форму
- кардиоваскулярную автономную форму

579.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

введение недостаточной дозы инсулина
введение глюкокортикостероидов
*стимуляция глюконеогенеза
неадекватная сахароснижающая терапия

580.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

введение препарата глюкагона
введение октреотида
*возникающая периферическая инсулинорезистентность
пероральный глюкозотолерантный тест

581.ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие кист почек
инфаркт миокарда в анамнезе
диабетическая полинейропатия
*возраст > 75 лет

582.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

неадекватная сахароснижающая терапия
введение глюкокортикостероидов
*снижение клиренса глюкозы
пероральный глюкозотолерантный тест

583.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

классификация Wifl
классификация Wagner
классификация PEDIS
*шкала симптомов нейропатии (NSS)

584.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

классификация Wifl
классификация PEDIS
*мичиганский опросник (MNSI)
классификация Wagner

585.ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

*новообразованных сосудов в области диска зрительного нерва
микроаневризмы, расширением вен и капилляров
множественных ретинальных кровоизлияний
новообразованных сосудов по всему полю сетчатки

586.ОЦЕНКА ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

*биотезиометра
ТипТерма
монофиламента (10 г)
неврологического молоточка

587.КЛИНИЧЕСКИ ОСТРАЯ СТАДИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

*односторонней отечностью, гиперемией, гипертермией
выраженной болью в стопе, невозможностью наступать на ногу
перемежающейся хромотой
повышением температуры тела, двухсторонним отеком нижних конечностей

588.ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

эритроцитоз
тромбоцитоз
артериальная гипертензия
*дислипидемия

589.ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

*гематокрит
ХСН 1-2 NYHA
длительность течения сахарного диабета
инфаркт миокарда в анамнезе

590.ТЕСТ ВЫЯВЛЕНИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЮ ВЕРИФИКАЦИИ

*кардиальной автономной нейропатии
артериальной гипертензии
ишемической болезни сердца
нарушения ритма сердца

591.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

*индивидуальная разгрузочная повязка
обычная ортопедическая обувь
сложная ортопедическая обувь для пациентов с сахарным диабетом
удобная обувь по готовой колодке

592.СКРИНИНГ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД

*2 типа в дебюте заболевания
1 типа в дебюте заболевания
1 типа спустя 3 года от дебюта заболевания
2 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания

593.СКРИНИНГ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД

*1 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания
1 типа в дебюте заболевания
2 типа спустя 3 года от дебюта заболевания
2 типа спустя 5 лет от дебюта заболевания

594.ТЕСТ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПРОИЗОШЛО

*снижение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст.

повышение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст.

повышение систолического АД на 30 и более мм рт.ст. и/или снижение диастолического АД на 10 мм рт.ст.

снижение систолического и диастолического АД на 10 и более мм рт.ст.

595.ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТА С САХАНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

ХСН 1-2 ФК по NYHA

*дегидратация

инфаркт миокарда > 3 мес давности

почечное донорство

596.ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ЧАЩЕ

купсулярный

альтернирующий

*полиневритический

сегментарный

597.К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТ

*отсутствие позывов к мочеиспусканию

никтурию

повышение либидо

частые позывы к мочеиспусканию

598.К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ ОТНОСЯТ

*«немую» ишемию миокарда

артериальную гипертензию

отеки нижних конечностей

разницу в систолическом и диастолическом АД более 60 мм рт.ст.

599.ФАКТОРОМ РИСКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ С ЛУЧЕВОЙ ПРОЦЕДУРОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

*высоко-осмолярных рентгенконтрастных препаратов

введение низкомолекулярного гепарина

низко-осмолярных рентгенконтрастных препаратов

физиологического раствора хлорида натрия

600.ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*гастроинтестинальная форма автономной нейропатии

ХОБЛ

дистальная диабетическая полинейропатия

заболевания артерий нижних конечностей

601.СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

*транзиторная гипергликемия у пациента после хирургического вмешательства или в критическом состоянии без предшествующего СД

гипергликемия, возникшая в ходе ночного подавляющего теста у пациента с СД с целью исключения болезни Иценко-Кушинга

гипергликемия, возникшая у пациента с СД в ходе проведения стресс-теста

гипергликемия, возникшая у пациента с СД при однократном введении ГКС

602.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

*антиконвульсант

Альфа-липоевая кислота

витамины группы В

инсулин

603.САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СЛЕПОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*диабетическая ретинопатия

глаукома

катаракта

травма глаза

604.АРТЕРИАЛЬНАЯ ПОДОШВЕННАЯ ДУГА ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ _____ АРТЕРИИ

*задней большеберцовой

латеральной предплюсневой

малоберцовой

передней большеберцовой

605.К ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ

*перенесшие хирургическое вмешательство на стопе

с наличием облитерирующего атеросклероза

с наличием подагрического артрита

с наличием системного остеопороза

606.МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СТРЕСС-ГИПЕРГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*выброс стресс-гормонов и медиаторов воспаления

блокирование инсулиновых рецепторов анестезией

нарушение работы инсулиновых рецепторов в ходе оперативного вмешательства

отсутствие терапии метформином

607.ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

*гипокальциемии

гиперкальциемии

гипосфосфатемии

снижения фактора роста фибробластов

608.ПАТОЛОГИЯ, ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

*липоидный некробиоз

варикозная болезнь нижних конечностей

ишемическая форма синдрома диабетической стопы

нейропатическая форма синдрома диабетической стопы

609.ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ФОСФОРА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- *уменьшения абсорбции фосфора в кишечнике
- увеличения абсорбции фосфора в кишечнике
- увеличения мобилизации фосфатов из кости
- увеличения потребления продуктов, содержащих фосфор

610.РАЗВИТИЮ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СПОСОБСТВУЕТ

- *стимуляция остеокластов паратгормоном
- избыточное потребление витамина D
- кальциноз меди артерий
- стимуляция остеобластов паратгормоном

611.ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФОСФАТОВ В КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- *нарушения экскреции фосфора
- повышения образования фосфора
- снижения выработки фактора роста фибробластов
- увеличения D-зависимой абсорбции фосфора в кишечнике

612.ДАННАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- *липодистрофией
- липомой
- подкожным абсцессом
- фибромой

613.ДИАГНОЗ АДИНАМИЧЕСКОЙ КОСТНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТА С СД И ХБП У ЛИЦ С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ

- *нормальном уровне ПТГ без терапии антипаратиреоидными препаратами
- высоком уровне ПТГ без терапии антипаратиреоидными препаратами
- высоком уровне щелочной фосфатазы
- гипокальциемии

614.КАЛЬЦИФИЛАКСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД И ХБП РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- *кальцификации медианы сосудов кожи малого калибра
- кальциноза коронарных артерий
- кальцификации медианы сосудов межпальцевых артерий
- тромбоза почечных артерий

615.К ПРЕПАРАТАМ 4-Й ЛИНИИ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

- альфа-блокаторы
- антагонисты кальция
- бета-блокаторы
- *иАПФ

616.ПАЦИЕНТАМ НИЗКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ БЕЗ ДЕФОРМАЦИЙ СТОПЫ ПОКАЗАНО НОШЕНИЕ

- *готовой обуви, купленной в обычном магазине, но с соблюдением правил подбора обуви «обуви по готовой колодке» с индивидуальной изготовленной стелькой

обычной ортопедической обуви

сложной ортопедической обуви индивидуального пошива, индивидуальной стельки

617.ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ ПРИ

*значении лодыжечного-плечевого индекса $<0,9$, пальце-плечевого индекса $\leq 0,75$

наличии жалоб на онемение пальцев стопы, судорог, наличии трехфазной формы доплеровской волны на артериях голени

наличии остеомиелита пальца стопы

наличии раны на подошвенной поверхности стопы, окруженной зоной гиперкератоза, значении лодыжечно-плечевого индекса 1,2

618.ПАЦИЕНТАМ УМЕРЕННОЙ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С РАЗВИТИЕМ УМЕРЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПОКАЗАНО НОШЕНИЕ

*«обуви по готовой колодке» с индивидуальной изготовленной стелькой

готовой обуви, купленной в обычном магазине, но с соблюдением правил подбора обуви.

обычной ортопедической обуви

сложной ортопедической обуви индивидуального пошива, индивидуальной стельки

619.ГЛАВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*снижение давления на перегруженные участки подошвенной поверхности стопы

защищать стопу от травм

обеспечение комфорта, удобства при одевании и снятии, возможность регулировки объема

стабилизация суставов стопы, в том числе голеностопного сустава

620.ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СД ОДНОКОМПОНЕНТНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИИ

*клинически значимого атеросклероза других артериальных бассейнов (сонных, коронарных, почечных и т.д.)

диабетической нефропатии, хронической болезни почек С1А2

синдрома диабетической стопы, нейропатической формы

фибрилляции предсердий

621.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

*бисопролол

анаприлин

пропранолол

соталол

622.НАЗНАЧЕНИЕ МОНОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВОЗМОЖНО ПРИ

*систолическом АД < 150 мм рт.ст.

возрасте > 70 лет

наличии ишемической болезни сердца

наличии постоянной формы фибрилляции предсердий

623.ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

*сахарном диабете 1 типа
акромегалии
диффузном токсическом зобе
первичном гипотиреозе

624.«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

*дренажная хирургия
имплантация интраокулярной линзы
консервативное лечение
панретинальная коагуляция сетчатки

625.ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КРОВОТОКА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (УЗИ, КТ, МРТ) У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*наличие длительно-незаживающей раны стопы, снижение лодыжечно-плечевого индекса < 0,4

наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии
наличие острой стадии диабетической нейроостеоартропатии
скрининг на выявление заболеваний артерий нижних конечностей

626.КАКОЙ ПРЕПАРАТ ГРУППЫ ДПП-4 СПОСОБЕН ЗНАЧИМО УВЕЛИЧИТЬ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?

*саксаглиптин
алоглиптин
линаглиптин
ситаглиптин

627.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ЯВЛЯЕТСЯ

*циркуляторный коллапс
препролиферативная ретинопатия
сахарный диабет
хронический пиелонефрит

628.СРОКОМ ОТМЕНЫ МЕТФОРМИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБШИРНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ_____ ЧАСА/ЧАСОВ

*48
24
72
96

629.К ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА СТОПАМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СНИЖЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТ

*ежедневный осмотр стоп
ношение обуви обычного пошива
согревание стоп при замерзании горячей грелкой
хождение по теплым камням босиком

630.КАКОЙ САХАРОСНИЖАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ СНИЖАЕТ РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?

- *дапаглифлозин
- алоглиптин
- пиоглитазон
- саксаглиптин

631.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ иАПФ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- *двусторонний стеноз почечных артерий
- наличие хронической сердечной недостаточности
- развитие гипокалиемии
- развитие эритроцитоза

632.МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *инфузионная терапия 0,9 % NaCl
- инфузионная терапия бикарбонатом натрия
- назначение диуретиков
- назначение иАПФ, БРА

633.ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- *статинов
- актовегина
- вессел дуэ ф
- пентоксифиллина

634.ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КОЖИ СТОП (ТРЕЩИНА, ПОРЕЗ) ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- *бесцветные антисептические растворы
- мазь Вишневского
- перекись водорода
- спиртсодержащие красящие растворы

635.НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *НПВС
- ацетилсалициловая кислота
- иНГЛТ-2
- метформин

636.ПОКАЗАНИЕМ К ОТМЕНЕ СА-СОДЕРЖАЩИХ ФОСФАТБИНДЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- *уровень ПТ выше целевых значений
- адинамическая костная болезнь
- кальциноз сосудов
- уровень ПТГ ниже целевых значений

637.ПОКАЗАНИЕМ К ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *тракционная отслойка сетчатки
- зрелая катаракта
- открытоугольная глаукома
- препролиферативная диабетическая ретинопатия

638.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛАНТАРНЫХ РАН У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА

- *активная пешая нагрузочная ходьба
- антибактериальная терапия
- обработка раны жидким антисептиком
- разгрузка стопы при помощи разгрузочного полубашмака

639.ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ СМЕСИ ДЛЯ ИНФУЗОМАТА _____ ЕД ИКД (ИУКД) СМЕШИВАЮТ С 2 МЛ РАСТВОРА АЛЬБУМИНА 20 % И ПОСРЕДСТВОМ РАСТВОРА NaCl 0,9 % ДОВОДЯТ ДО 50 МЛ

- *50
- 100
- 20
- 30

640.У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С4-5D С ГИПЕРФОСФАТЕМИЕЙ РЕКОМЕНДОВАН ОТКАЗ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩЕГО ФОСФАТБИНДЕРА ПРИ

- *развитии адинамической костной болезни
- гипокальциемии
- снижении уровня витамина D
- уровне ПТГ выше целевых значений

641.К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ

- *инсулинорезистентность
- гиперкалиемия
- гипернатрийемия
- гипокальциемия

642.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ β -БЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- *синдрома слабости синусового узла
- артериальной гипертензии
- постоянной формы фибрилляции предсердий
- хронической сердечной недостаточности

643.РИСК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ОТСУТСТВУЕТ ПРИ

- *ХБП С5, анурии, на диализе
- ХБП С1, А2
- мочекаменной болезни
- хроническом пиелонефрите

644.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ЯВЛЯЕТСЯ

*гипомагниемия

ХБП С3-4

протеинурия

сахарный диабет

645.К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ

*гипергликемия

гиперкалиемия

гипернатриемия

гипокальциурия

646.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*геофильтрация

гидратация бикарбонатом натрия

гидратация физиологическим раствором

пероральная гидратация

647.К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

*отмену метформина на 48 час при СКФ 30- 44мл/мин/1,73м²

использование гадолиний-содержащих рентгеноконтрастных препаратов

использование гиперосмолярных рентгеноконтрастных препаратов

назначение и-АПФ или БРА

648.НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*рентген-контрастный препарат

амлодипин

метформин

розувастатин

649.В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

*индивидуально изготовленный ортез

индивидуальная разгрузочная повязка Total Contact Cast

ортопедическая обувь без учета требований к обуви для пациентов с СД

сложная ортопедическая обувь с учетом требований к обуви для пациентов с СД

650.КАКОЙ ПРЕПАРАТ РЕКОМЕНДОВАН ПРИ СОХРАНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ иАПФ/БРА, АНТАГОНИСТЫ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ, БЕТА-БЛОКАТОРОВ?

*ивабрадин

бисопролол

пропранолол

эналаприл

651.В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

*сложная ортопедическая обувь с учетом требований к обуви для пациентов с СД
индивидуальная разгрузочная повязка Total Contact Cast
обувь по готовой колодке, купленная в обычном магазине
ортопедическая обувь без учета требований к обуви для пациентов с СД

652.К СРЕДСТВАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСИТСЯ

*эластическое белье второго класса компрессии на всю длину ног
прием горячей пищи
резкая смена положения тела
резкое вставание

653.В ОТСУТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИ-ЗНАЧИМОГО ЭФФЕКТА ОТ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПОКАЗАНО

*направление в клинику боли
МРТ головного мозга
назначение НПВС
назначение инсулинотерапии

654.К НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

*аминогликозиды
ацетилсалициловую кислоту
иНГЛТ-2
метформин

655.ПРИЧИНОЙ ОТМЕНЫ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОВ С СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ И ОБШИРНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

*лактацидоза
гастростаза
гипогликемии
дуоденостаза

656.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПРИЕМЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ

*тошнота
гипергликемия
головная боль
усиление нейропатических болей

657.КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ РЕКОМЕНДОВАН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НАРУШЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?

*алискирен
виктоза
метформин
эмпаглифлозин

658.РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНА ПРИ

*ЛПИ <0,4, наличии длительно-незаживающей раны

ЛПИ >1,4

боли в нижней конечности при положительном симптоме Ласега

боли в нижней конечности при ходьбе менее 250 м

659.ПОКАЗАНИЕМ К ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*гемофтальм

зрелая катаракта

непролиферативная диабетическая ретинопатия

рубцовая глаукома

660.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КОАГУЛЯТЫ НАНОСЯТСЯ

*по всей зоне сетчатки, исключая макулярную зону

локально, в местах локализации микроаневризм

парамакулярно в несколько рядов

по всей зоне сетчатки, включая макулярную зону

661.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ НЕСЪЕМНОГО ВАРИАНТА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАЗГРУЗОЧНОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

*гнойно-деструктивного процесса в стопе

СКФ менее 30 мл/мин

отек нижней конечности

фобии пациента для ношения несъемного пособия

662.РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ

*амфотерицин

амлодипин

вилдаглиптин

иНГЛТ-2

663.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНЫХ ПРОЦЕДУР ЯВЛЯЕТСЯ

сахарный диабет

ВДКН

*тяжелая сердечная недостаточность

субклинический гипотиреоз

664.ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ЭСТРОГЕНОВ ПОКАЗАНО ПРИ

раке эндометрия в анамнезе

миоме матки

*сухости во влагалище

стрессовом недержании мочи

665.ПРОГЕСТАГЕНОМ, ВХОДЯЩИМ В СОСТАВ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ПРОИЗВОДНЫМ СПИРОНОЛАКТОНА ЯВЛЯЕТСЯ

норэтистерон
левоноргестрел
*дроспиренон
хлормадинона ацетат

666.ЖЕНЩИНАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ИЛИ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С НЕФРОПАТИЕЙ, ЕСЛИ ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА ПРЕВОСХОДИТ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ДОКАЗАННЫЕ РИСКИ, В КАЧЕСТВЕ КОНТРАЦЕПЦИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

*пероральных прогестагенных препаратов
комбинированного гормонального инъекционного контрацептива
комбинированных гормональных контрацептивных пластырей
комбинированных оральных контрацептивов

667.К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ГИПОГОНАДИЗМЕ У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ

*необходимость репродуктивной реабилитации
гипопитуитаризм
индекс массы тела более 35 кг/м²
сахарный диабет 2 типа

668.С ЦЕЛЬЮ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ, СОДЕРЖАЩИЙ

*эстрадиола валерат + диеногест
17β-эстрадиол + дидрогестерон
17β-эстрадиол + дроспиренон
Эстрадиола валерат + ципротерона ацетат

669.К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ОТНОСИТСЯ

*тромбоз глубоких вен
надпочечниковая недостаточность
первичный гипотиреоз
язвенная болезнь желудка

670.КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ГЕСТАГЕНОВ ОБЛАДАЕТ АНТИАНДРОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ?

левоноргестрел
дезогестрел
гестоден
*ципротерона ацетат

671.К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

*вазомоторные симптомы
варикозное расширение вен нижних конечностей
высокий сердечно-сосудистый риск
ожирение или избыточная масса тела

672.У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, В ТОМ ЧИСЛЕ В АНАМНЕЗЕ, КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ

- *сахарном диабете 2 типа в сочетании с ретинопатией
- гестационном сахарном диабете в анамнезе
- сахарном диабете 1 типа без сосудистых осложнений
- сахарном диабете 2 типа без сосудистых осложнений

673.К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ

- *этинилэстрадиол + ципротерон ацетат
- 17β-эстрадиол 1 мг + дидрогестерон 5 мг
- дидрогестерон 10 мг
- эстрадиола валерат 2 мг

674.ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- *левоноргестрел 1,5 мг
- дезогестрел 0,15 мг
- норгестимат 0,25 мг
- ципротерона ацетат 2 мг

675.ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ С БЕССИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ

- *6
- 12
- 3
- 8

676.ПОКАЗАНИЕМ К ОТМЕНЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПЛАНИРУЕМОЕ

- удаление зуба
- проведение сцинтиграфии щитовидной железы
- проведение компьютерной томографии с введением контраста
- *хирургическое вмешательство

677.ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ МЕТФОРМИН ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- *коррекции метаболических осложнений
- лечения гирсутизма
- лечения ожирения
- снижения аппетита

678.МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ ПРОВОДИТСЯ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ

- мастэктомии
- двусторонней овариэктомии
- *гистерэктомия (не по поводу эндометриоза)
- односторонней овариэктомии

679.В СОСТАВ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КАЧЕСТВЕ ПРОГЕСТАГЕННОГО КОМПОНЕНТА ВХОДИТ

- *дидрогестерон
- гестоден
- дезогестрел
- норгестрел

680.ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРЕПАРАТА КЛАЙРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ПРЕПАРАТА

- *динамический
- двухфазный
- продолжительный
- трехфазный

681.ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕНОПАУЗАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, ВКЛЮЧАЕТ

- *УЗИ органов малого таза
- МРТ головного мозга
- УЗИ молочных желез
- анализ крови на гонадотропины

682.К ГОРМОНАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСИТСЯ

- пролактин
- паратгормон
- *соматотропный
- тиреотропный гормон

683.К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ

- гиперкальциемия
- гиперальдостеронизм
- *эректильная дисфункция
- гипогликемия

684.К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ У МУЖЧИН ОТНОСИТСЯ

- гипогликемия
- гиперкальциемия
- гиперальдостеронизм
- *нарушение сперматогенеза

685.ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕНОПАУЗАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, ВКЛЮЧАЕТ

- *онкоцитологию шейки матки
- исследование ЛГ, ФСГ крови
- исследование уровня пролактина
- кольпоскопию

686.К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШИХ ДОЗ ГОРМОНА РОСТА В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА У СПОРТСМЕНОВ ОТНОСЯТ

- *отеки
- гиперкальциемию
- гипогликемию
- снижение артериального давления

687.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *коррекция нутритивного дефицита, когнитивно-поведенческая терапия
- назначение заместительной гормональной терапии
- назначение комбинированных оральных контрацептивов
- назначение препаратов прогестерона

688.К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНАБОЛИЧЕСКИХ АНДРОГЕННЫХ СТЕРОИДОВ ОТНОСИТСЯ

- *алопеция
- гиперальдостеронизм
- гиперкальциемия
- гипогликемия

689.ВНУТРИМАТОЧНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МИРЕНА В СВОЕМ СОСТАВЕ СОДЕРЖИТ

- *левоноргестрел
- гестоден
- дроспиренон
- норгестрел

690.ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ ФАКТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МИКРОПРОЛАКТИНОМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА, РЕКОМЕНДОВАНО

- *постепенно отменить лечение
- продолжение терапии в прежней дозе
- увеличение дозы препарата
- уменьшение дозы препарата

691.НАИМЕНЬШАЯ ДОЗА ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА СОДЕРЖИТСЯ В ПРЕПАРАТЕ

- *джес
- жанин
- регулон
- ярина

692.ПАЦИЕНТКАМ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА С МОЗАИЧНЫМ КАРИОТИПОМ, СОДЕРЖАЩИМ Y ХРОМОСОМУ ИЛИ ЕЕ МАРКЕР, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- *заместительная терапия
- исследование онкомаркеров
- лучевая терапия гонад
- терапия препаратами гонадотропинов

693.К КОМБИНИРОВАННЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ ОТНОСИТСЯ

- *новаринг

мирена
утрожестан
фемостон

694.К ГОРМОНАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСИТСЯ

*гормон роста
паратгормон
пролактин
тиреотропный гормон

695.ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ГЛОБУЛИНА СВЯЗЫВАЮЩЕГО ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ СПОСОБСТВУЕТ ПРИЕМ

*антиконвульсантов
андрогенов
глюкокортикоидов
прогестинов

696.ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ПРИМЕНЯЮТСЯ

*низкие дозы эстрогенов
антиэстрогены
высокие дозы эстрогенов
препараты гонадотропинов

697.ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОМ ГИПОГОНАДИЗМЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО

*лечение гиперпролактинемии
назначение гонадотропинов
назначение тестостерона
проведение коррекции образа жизни

698.В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ВОСПОЛНЕНИЯ НУТРИЦИТАРНОГО ДЕФИЦИТА И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОЛАТАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

*эстрогенов и циклических прогестинов
комбинированных оральных контрацептивов
препаратов прогестерона
этинилэстрадиола

699.С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКОРОСЛОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

*рекомбинантный гормон роста
аналоги соматостатина
низкие дозы эстрадиола
селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов

700.ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ОТМЕНЫ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОПРОЛАКТИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

*беременность
битемпоральная гемианопсия

резистентность к лечению
увеличение массы тела

701.К ГОРМОНАМ, ПОВЫШАЮЩИМ ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СПОРТСМЕНАМИ В КАЧЕСТВЕ ДОПИНГА, ОТНОСИТСЯ

*эритропоэтин
вазопрессин
окситоцин
тиреолиберин

702.ДЛЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ _____ ГОРМОНА

*лютеинизирующего
соматотропного
тиротропного
фолликулостимулирующего

703.РОТТЕРДАМСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА «СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ» ВКЛЮЧАЮТ

*гиперандрогению
гиперальдостеронизм
гиперкортицизм
гиперэстрогемению

704.У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ОТМЕЧАЕТСЯ

*уменьшение размеров яичек
варикоцеле
гидроцеле
перекрут яичка

705.БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С МИКРОПРОЛАКТИНОМАМИ ОСМОТР ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА С ПЕРИМЕТРИЕЙ РЕКОМЕНДОВАН 1 РАЗ В

*3 месяца
1,5 месяца
2 недели
месяц

706.ДЛЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

*тестостерона
17-ОН-прогестерона
ФСГ
эстрадиола

707.ОДНИМ ИЗ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*андростендион
антимюллеров гормон
плацентарный лактоген
хорионический гонадотропин человека

708.ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛТОГО ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЕМ

- *прогестерона
- пролактина
- тестостерона
- эстрогенов

709.БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ПРОЛАКТИНОМАМИ, ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИХ О РОСТЕ ОПУХОЛИ, РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- *без контраста
- в положении на боку
- на аппарате открытого типа
- с контрастом

710.АСТЕНОЗООСПЕРМИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИЗМЕНЕНИЯ В СПЕРМОГРАММЕ В ВИДЕ

- *снижения подвижности сперматозоидов
- наличия морфологически измененных сперматозоидов
- отсутствия сперматозоидов в эякуляте
- снижения количества сперматозоидов

711.КАРИОТИП 48XXХУ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

- *Клайнфельтера
- Мориака
- Сотоса
- Тернера

712.ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА В ГОРМОНАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- пролактина
- 17-ОН прогестерона
- *тестостерона
- эстрадиола

713.ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ» ЯВЛЯЕТСЯ

- *олигоановуляция
- олигоменорея
- полидипсия
- полименорея

714.К СТЕРОИДНЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСИТСЯ

- ингибин В
- гонадотропин-рилизинг гормон
- *дигидротестостерон
- киспептин

715.ДЛЯ СИНДРОМА ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА

- вторичная аменорея
- *первичная аменорея
- олигоменорея

полименорея

716.АЗООСПЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

снижением объема эякулята менее 2 мл
*отсутствием сперматозоидов в эякуляте
снижением подвижности сперматозоидов
уменьшением количества сперматозоидов в эякуляте

717.ВНЕШНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

низким ростом
брахидактилией
*евнухоидными пропорциями тела
пятнами на коже цвета «кофе с молоком»

718.ОДНИМ ИЗ БЕЛКОВЫХ ГОРМОНОВ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

*соматотропин
альдостерон
андростендион
трийодтиронин

719.ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ у женщин ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫСОКИМ
УРОВНЕМ ФСГ И ЛГ НА ФОНЕ

высокого уровня пролактина
*низкого уровня эстрогенов
высокого уровня эстрогенов
низкого уровня пролактина

720.ПРИ РЕГУЛЯРНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЕЙ
ГОНАДОТРОПИНОВ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ НА ____ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

*5-7
1-3
12-14
20-22

721.ПРИ ТЕРАТОЗООСПЕРМИИ В ЭЯКУЛЯТЕ ПРИСУТСТВУЕТ ПОВЫШЕННОЕ
КОЛИЧЕСТВО _____ СПЕРМАТОЗОИДОВ

*патологических
малоподвижных
мертвых
незрелых

722.КАРИОТИП 45ХО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

Шиена
Клайнфельтера
Каллмана
*Шерешевского-Тернера

723.ПЕРВИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

менопаузы
*синдрома Тернера
преждевременной недостаточности яичников

синдрома поликистозных яичников

724.ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

*ФСГ

17-ОН-прогестерона

андростендиона

тестостерона

725.ВРОЖДЕННАЯ НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНДРОГЕНАМ У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46XY ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

истинного гермафродитизма

врожденной дисфункции коры надпочечников

*ложного мужского гермафродитизма

преждевременного полового созревания

726.ПРИ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ ПРОБЕ С ХГЧ ПРИ ДЕФИЦИТЕ 5 α -РЕДУКТАЗЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

андростендиона

*дигидротестостерона

дегидроэпиандростерона

тестостерона

727.ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА В ГОРМОНАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

ТТГ

СТГ

АКТГ

*ЛГ

728.СОГЛАСНО РОТТЕРДАМСКИМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ДВУХ ИЗ ____ СОСТАВЛЯЮЩИХ

4

2

*3

5

729.КАРИОТИП 45XO/46XY ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ

Мориака

Клайнфельтера

*Шерешевского-Тернера

Морриса

730.ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

седловидная матка

двурогая матка

*агенезия матки

удвоение матки

731.У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРОЛАКТИНОМАМИ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА

проводится 1 раз в месяц

*не рекомендован

проводится 1 раз в триместр

проводится в 1 раз в 2 месяца

732.ПО ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ СТЕРОИДНЫМ ГОРМОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

тиреотропин

пролактин

*прогестерон

тироксин

733.ПРИ НЕКРОЗОСПЕРМИИ В ЭЯКУЛЯТЕ ПРИСУТСТВУЕТ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО _____ СПЕРМАТОЗОИДОВ

незрелых

малоподвижных

*мертвых

патологических

734.ПРИ СИНДРОМЕ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ____ ЯИЧНИКОВ

*отсутствие

поликистозное строение

увеличение объема

уменьшение объема

735.РОТТЕРДАМСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ» ВКЛЮЧАЮТ _____ ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

гиперплазию эндометрия

*поликистозную морфологию яичников

наличие фолликулярной кисты

признаки эндометриоза

736.КАРИОТИП 49XXXXXУ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

Олбрайта

Каллмана

*Клайнфельтера

Рокитанского-Кюстнера

737.КАРИОТИП 46XY/47XXY ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

Шерешевского-Тернера

Ашермана

*Клайнфельтера

Штейна-Левенталя

738.АНОСМИЯ ПРИ СИНДРОМЕ КАЛЬМАНА ОБУСЛОВЛЕНА

атрофией миндалевидных ядер

*нарушением миграции ольфакторных нейронов

демиелинизацией обонятельного нерва

родовой травмой

739.ФЕРМЕНТ АРОМАТАЗА НЕОБХОДИМ ДЛЯ СИНТЕЗА
прогестерона
кортизола
*эстрогена
тестостерона

740.ХОРИОНИЧЕСКИЙ ГОНАДОТРОПИН СОДЕРЖИТ α -СУБЪЕДИНИЦУ,
ИДЕНТИЧНУЮ ТАКОВОЙ В ____ ГОРМОНЕ
адренокортикотропном
*тиреотропном
кортикотропин-рилизинг
соматотропном

741.ОБНАРУЖЕНИЕ Y-ХРОМОСОМЫ У ЖЕНЩИН ВОЗМОЖНО ПРИ
*синдроме Шерешевского-Тернера
врожденной дисфункции коры надпочечников
синдроме Ашермана
синдроме Рокитанского-Кюстнера

742.НАРУШЕНИЕ МИГРАЦИИ ОЛЬФАКТОРНЫХ И ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ
НЕЙРОНОВ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ СИНДРОМА
Клайнфельтера
*Кальмана
Кушинга
полиурии/полидипсии

743.БЕСПЛОДИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ
болезни Аддисона
*синдроме Шерешевского-Тернера
болезни фон Гиппеля-Линдау
синдроме Конна

744.ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
*гонадотропинов
кортикотропина
соматотропина
тиреотропина

745.БЕСПЛОДИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ
*синдроме Клайнфельтера
болезни Аддисона
болезни фон Гиппеля-Линдау
синдроме Конна

746.ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО
СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
пролактина
лютеинизирующего гормона
*эстрадиола
фолликулостимулирующего гормона

747.ПРИ СИНДРОМЕ МОРРИСА РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО

инсулинорезистентностью
аутоиммунной агрессией
*нечувствительностью к андрогенам
поражением клеток гипоталамуса

748.ЖЕНЩИНАМ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ КАК МИНИМУМ

в течение 10 лет
*до среднего возраста естественной менопаузы
в течение 2 лет
до 60 лет

749.ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩИЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

гипоталамусе
*аденогипофизе
гиппокампе
эпифизе

750.АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ

гиперандрогении
*овариального резерва
недостаточности лютеиновой фазы
поликистоза яичников

751.ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ВКЛЮЧАЮТ

*гиперандрогению
гиперальдостеронизм
нарушение гликемии натощак
первичный гиперпаратиреоз

752.ГИПОМАГНИЕМИЯ ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ

гиперпаратиреоза
*гипопаратиреоза
гипертиреоза
гипотиреоза

753.ГИПОМАГНИЕМИЯ ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ

*гипокальциемии
гиперкалиемии
гиперкальциемии
гипернатриемии

754.ДИНАМИЧЕСКОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСАЦИЕЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

3-6 дней
12 месяцев
*3-6 месяцев
месяц

755.ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ _____ НЕРВАМИ

поднижнечелюстными

глазодвигательными

*блуждающими

подъязычными

756.ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

холестаз

констипация

депрессия

*нефролитиаз

757.УВЕЛИЧЕНИЕ СЕКРЕЦИИ КАЛЬЦИТОНИНА ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ В КРОВИ

железа

*кальция

калия

натрия

758.ОСНОВНОЕ ДЕПО КАЛЬЦИЯ В ОРГАНИЗМЕ НАХОДИТСЯ В

почках

мышцах

коронках зубов

*костях

759.В РОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГУЛЯТОРА КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА ВЫСТУПАЕТ

прогестерон

альдостерон

*паратгормон

тестостерон

760.ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРОБА С

введением глюконата кальция

*активными метаболитами витамина D

длительным (72 часа) голоданием

хорионическим гонадотропином

761.ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПРИЧИН ГИПОКАЛЬЦЕМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЯТЬ УРОВЕНЬ

гемоглобина, С-реактивного белка, мочевины

*ПТГ, 25(ОН)витамина D, фосфора, магния, креатинина

калия, натрия, глюкозы

холестерина общего, альбумина, щелочной фосфатазы

762.У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ НАЛИЧИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ

возрасте пациента более 65 лет

*размерах образования более 3 см
наличии кальцинатов по данным УЗИ
наличии у пациента остеопороза

763.УВЕЛИЧЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ПАРАТГОРМОНА ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ В КРОВИ

*фосфора
глюкозы
кальция
натрия

764.ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОГРАФИИ

*грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции
крестцового отдела позвоночника в прямой проекции
поясничного и крестцового отделов позвоночника в прямой проекции
шейного отдела позвоночника в прямой проекции

765.ДИАГНОСТИКА МИНЕРАЛЬНЫХ И КОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С3-С5 ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЕЙ

*паратгормона, кальция общего, альбумина, фосфора
креатининфосфокиназы, общего билирубина
паратгормона, натрия, сывороточного железа
трансферрина, ферритина, щелочной фосфатазы

766.ГЛАВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПАРАТГОРМОНА СЛУЖИТ ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ _____ КРОВИ

железа
*кальция
калия
натрия

767.ПРИЧИНОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПОКАЛЬЦИУРИЧЕСКОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ

CDKN
CDC73
**CaSR*
MEN1

768.ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С АКТИВНЫМИ МЕТАБОЛИТАМИ ВИТАМИНА D ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ 1 МКГ _____ В ТЕЧЕНИЕ 5-7 ДНЕЙ

*альфакальцидола
дигидротахистерола
колекальциферола
эргокальциферола

769.ОСНОВНОЕ ДЕПО ФОСФОРА В ОРГАНИЗМЕ НАХОДИТСЯ В

*костях
мышцах
нервах
почках

770.У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ
суточную глюкозурию
*кальций в суточной моче
суточную протеинурию
фосфор в суточной моче

771.ПРОВЕДЕНИЕ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ С ЦЕЛЬЮ
ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК
ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО В СВЯЗИ С РИСКОМ
*распространения опухолевого процесса
кровотечения из сосудов шеи
повреждения возвратного нерва
развития инфекционного процесса

772.В РЕГУЛЯЦИИ КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ
ПРОИЗВОДНЫЕ ВИТАМИНА
*D
C
E
B1

773.МЕТАБОЛИЗМ ПАРАТГОРМОНА ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ПРОИСХОДИТ В
*печени
жировой ткани
легких
мышцах

774.ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПАРАТГОРМОНА НА ПОЧКИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ЭКСКРЕЦИИ
магния
кальция
*фосфора
натрия

775.У БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ НЕЛЬЗЯ
ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕГО КАЛЬЦИЯ ИЗ-ЗА
*физиологической гипоальбуминемии
нарушения свертывающей системы крови
снижения объема циркулирующей крови
физиологической гиперальбуминемии

776.ВЕРХНИЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ ____
ГЛОТОЧНОГО КАРМАНА
I
*IV
II
III

777.УМЕНЬШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ПАРАТГОРМОНА ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ В
КРОВИ
*фосфора

железа
кальция
селена

778.ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

*паратгормон, щелочную фосфатазу, кальций
25(ОН)витамин D, магний, креатининфосфокиназу
аспартатаминотрансферазу, щелочную фосфатазу
фосфор, кальций общий, сывороточную амилазу

779.ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ГИПОПАРАТИРЕОЗ» НЕОБХОДИМ АНАЛИЗ КРОВИ НА

*кальций общий, альбумин и паратиреоидный гормон
калий, натрий, хлор и фосфор
магний, мочевую кислоту и креатинин
паратиреоидный гормон, фосфор и альбумин

780.СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 1 ТИПА НАСЛЕДУЕТСЯ

*аутосомно-доминантно
Х-сцепленно доминантно
Х-сцепленно рецессивно
аутосомно-рецессивно

781.РАЗМЕРЫ НОРМАЛЬНОЙ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЮТ (В СМ)

*0,2-0,6
0,1-0,2
0,8-1,0
1,0-1,5

782.МИНЕРАЛЬНЫЕ И КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК МОГУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

*внекостной кальцификацией
деформацией суставов
железодефицитной анемией
язвенной болезнью желудка

783.ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ПРОВОДИТСЯ ПРОБА С _____ ДИУРЕТИКАМИ

*тиазидными
калийсберегающими
осмотическими
тиазидоподобными

784.ОКОЛОЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ _____ ГЛОТОЧНЫХ КАРМАНОВ

*III и IV
I и II
I и III

II и IV

785. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ I ТИПА У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ПОКАЗАН ПРИ НАЛИЧИИ У НЕГО

- *клинических проявлений патологии гипофиза
- алопеции
- блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса
- поликистозного поражения почек или печени

786. ДИАГНОЗ «АДИНАМИЧЕСКАЯ КОСТНАЯ БОЛЕЗНЬ» МОЖНО ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ТОЛЬКО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- *костной биопсии
- денситометрии
- рентгенографии костей
- трепанобиопсии

787. В НОРМЕ В ПОЧКАХ РЕАБСОРБИРУЕТСЯ ____% ОБЩЕГО ФИЛЬТРУЕМОГО КОЛИЧЕСТВА КАЛЬЦИЯ

- *98-99
- 12-15
- 28-35
- 45-50

788. МИНЕРАЛЬНЫЕ И КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК МОГУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- *гиперфосфатемией
- гипермагниемией
- гипернатриемией
- гиперхлоремией

789. ПО ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ПАРАТГОРМОН ОТНОСИТСЯ К

- *пептидам
- катехоламинам
- стероидам
- триптаминам

790. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- *ультразвукового исследования
- МРТ с контрастным усилением
- МСКТ шеи и средостения
- сцинтиграфии с ОФЭКТ

791. УЗИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ НЕОБХОДИМО ПОВТОРЯТЬ

- *ежегодно
- ежедневно
- ежеквартально
- ежемесячно

792.ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПАРАТГОРМОНА НА ПОЧКИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ РЕАБСОРБЦИИ

- *кальция
- бикарбоната
- натрия
- фосфора

793.В РЕГУЛЯЦИИ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ УЧАСТВУЕТ

- *кальцитонин
- альдостерон
- норадреналин
- тиреоглобулин

794.ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО И/ИЛИ ИОНИЗИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ
СЫВОРОТКИ КРОВИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

- *рецидивирующей мочекаменной болезни
- атеросклероза брахиоцефальных артерий
- объемного образования надпочечника
- хронического калькулезного холецистита

795.В ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗАХ СИНТЕЗИРУЕТСЯ

- *паратгормон
- кальцитонин
- кальцитриол
- трийодтиронин

796.ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ _____ НЕРВАМИ

- *языкоглоточными
- верхнечелюстными
- глазодвигательными
- поднижнечелюстными

797.ПОД СИМПТОМОМ ТРУССО ПОНИМАЮТ

- *появление судорог в кисти после сдавления плеча манжетой для измерения давления
- подергивание мышц лица при постукивании по области выхода тройничного нерва
- тонические судороги, развивающиеся при возникновении звуко/фото-раздражителей
- фибриллярные подергивания и парестезии в нижних конечностях

798.ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА НОРМОКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА
ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ У
ПАЦИЕНТА

- *дефицита витамина D
- гепатолиенального синдрома
- дыхательной недостаточности
- митрального стеноза

799.НА 1-3 СУТКИ ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
МОНИТОРИНГ УРОВНЯ _____ СЫВОРОТКИ КРОВИ

- *кальция
- витамина D
- магния

фосфора

800.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЭКТОПИЧЕСКИЕ ОКОЛОЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- *щитовидной железе
- верхней трети пищевода
- гортанной части глотки
- нижнем средостении

801.«КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ» АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО
СИНДРОМА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- *хроническая надпочечниковая недостаточность, гипопаратиреоз и слизисто-кожный кандидоз

- первичный гипотиреоз, сахарный диабет 1 типа и первичный гипогонадизм
- хроническая надпочечниковая недостаточность, гипопаратиреоз и витилиго
- хроническая надпочечниковая недостаточность, гипопаратиреоз и сахарный диабет 1 типа

802.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ИНСУЛИНОМЫ И ПРОЛАКТИНОМЫ
ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- комплекса Карни
- синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2

803.СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА, СОМАТОТРОПИНОМЫ И
ВЫЯВЛЕННОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ CDKN1B ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ СИНДРОМА
МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ

- *тип 4
- тип 1
- тип 2а
- тип 2б

804.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С
МАРФАНОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИЙ В
ГЕНЕ

- *RET
- CAT
- MED
- PAT

805.У ПАЦИЕНТА С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ
ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ

- *аденомы околощитовидной железы
- адренокортикального рака
- медуллярного рака щитовидной железы
- феохромоцитомы

806.ВЫЯВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МУТАЦИИ ГЕНА RET
ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

- *первичного гиперпаратиреоза
- аденокарциномы надпочечников
- гастриномы

пролактиномы

807.ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛЮКАГОНОМЫ И ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЕРОЯТНОМ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- комплекса Карни
- синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2

808.ОБНАРУЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ГИПОПАРАТИРЕОЗА ВМЕСТЕ С КАНДИДОЗОМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- *надпочечниковой недостаточности
- альдостеронизма
- гиперкортицизма
- инсулиномы

809.НАЛИЧИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА С НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

- *феохромоцитомы
- аденокарциномы надпочечников
- глюкагономы
- кортикотропиномы

810.НАЛИЧИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА С МАРФАНОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

- *феохромоцитомы
- ВИПомы
- аденокарциномы надпочечников
- пролактиномы

811.НАЛИЧИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ПАЦИЕНТА С НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

- *медуллярного рака щитовидной железы
- аденокарциномы надпочечников
- незидиобластоз
- пролактиномы

812.У ПАЦИЕНТА С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ

- *энтеропанкреатической опухоли
- адренокортикального рака
- анапластического рака щитовидной железы
- медуллярного рака щитовидной железы

813.ПРИ СОЧЕТАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- *антител к 21-гидроксилазе
- антител к IgE
- антител к инсулину
- атител к интерферону-w2

814.ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАННЕГО ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ И ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗА СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ

*AIRE
FOXP3
VHL
p53

815.У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ

*аденомы гипофиза
аденомы бартолиновой железы
медуллярного рака щитовидной железы
феохромоцитомы

816.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ИНСУЛИНОМЫ И ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ

*синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
болезни Гиппеля-Линдау
комплекса Карни
синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2

817.ВЫЯВЛЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

*гипопаратиреоза
альдостеронизма
гиперандрогенемии
инсулиномы

818.ПРИ СОЧЕТАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

*кортизола крови утром
кортизола в суточной моче
кортизола крови в пробе с 1 мг дексаметазона
кортизола крови вечером

819.У ПАЦИЕНТА С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ _____ С УСТАНОВЛЕННЫМ СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1

*матери
двоюродного брата
племянника
родного дяди

820.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ

*AIRE
AIP
FOXP3

VNL

821.КЛИНИЧЕСКИ СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕН У ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ _____ И БОЛЕЕ ОПУХОЛЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

- *двух
- пяти
- трех
- четырех

822.СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И ПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- комплекса Карни
- синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2a

823.ОБНАРУЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВМЕСТЕ С КАНДИДОЗОМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- *гипопаратиреоза
- альдостеронизма
- гиперкортицизма
- инсулиномы

824.СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И КОРТИКОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- болезни Гиппеля-Линдау
- комплекса Карни
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2

825.СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И СОМАТОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- комплекса Карни
- синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2b

826.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГАСТРИНОМЫ И ПРОЛАКТИНОМЫ ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ

- *синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1
- комплекса Карни
- синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
- синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 2

827.СОЧЕТАНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МАРФАНОПОДОБНОГО ФЕНОТИПА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ

- *тип 2b
- тип 1
- тип 2a

тип 4

828.ВЫЯВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МУТАЦИИ ГЕНА RET ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ

- *медуллярного рака щитовидной железы
- аденокарциномы надпочечников
- гастриномы
- соматотропиномы

829.ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИП 1» У ПАЦИЕНТА С КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- *общего кальция крови
- инсулина крови
- метанефринов в суточной моче
- пролактина

830.СТОЙКАЯ ПОЛИУРИЯ И ПОЛИДИПСИЯ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИП 1 У ПАЦИЕНТА С АТРОФИЕЙ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ТУГОУХОСТЬЮ ПОДОЗРИТЕЛЬНА В ОТНОШЕНИИ

- *синдрома Вольфрама
- аутоиммунного полигланулярного синдрома тип 1
- болезни Гиппеля-Линдау
- комплекса Карни

831.ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА ПРОЛАКТИНОМЫ И ИНСУЛИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- *паратгормона и кальция крови
- альдостерона и ренина
- кальцитонина
- метанефринов в суточной моче

832.ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ КАЛЬЦИФИЦИРОВАННОЙ ОПУХОЛИ КЛЕТОК СЕРТОЛИ У ПАЦИЕНТА С МИКСОМАМИ СЕРДЦА, КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОБЫ С

- *1 мг дексаметазона
- голоданием
- инсулиновой гипогликемией
- сухождением

833.ПРИ СОЧЕТАНИИ У ПАЦИЕНТА ПРОЛАКТИНОМЫ И ГАСТРИНОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- *паратгормона и кальция крови
- альдостерона и ренина
- кальцитонина
- кальцитриола

834.САМОЙ ЧАСТОЙ МОНОГЕННОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ

- *рецепторов меланокортинов 4 типа
- 21 гидроксилазы
- глюкокиназы

проконвертазы 1 типа

835.СИНОНИМОМ ПРОСТОГО ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ

*конституционально-экзогенное

гипоталамическое

при гиперкортицизме

синдромальное

836.ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ГИПЕРКОРТИЦИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

сопутствующая полиурия, полидипсия

дебют в первые месяцы жизни

высокий рост

*перераспределение подкожной жировой клетчатки по кушингоидному типу, наличие стрий

837.ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

неправильного введения прикормов на первом году жизни ребенка

дефицита витамина Д

*опухоли или травмы гипоталамуса

ультрафиолетового облучения

838.САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

моногенное

гипоталамическое

*простое (конституционально-экзогенное)

синдромальное

839.КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*высокими показателями линейного роста

задержкой психомоторного развития

наличием пигментных невусов

низкой скоростью роста

840.КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*стандартное отклонение ИМТ (SDS ИМТ)

окружность талии с учетом возраста и пола

процент жировой ткани, определенный по биоимпедансометрии

толщина кожных складок, оцененная с помощью калипетрометрии

841.КРИТЕРИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*SDS ИМТ 1,-1,99

SDS ИМТ $\geq 2,0$

ИМТ ≥ 25

ИМТ ≥ 30

842.СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*SDS ИМТ ≥ 2.0

SDS ИМТ ≥ 1.0

ИМТ ≥ 25

ИМТ ≥ 30

843.ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

*ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона

определение гликированного гемоглобина

определение уровня кальцитонина

пероральный глюкозотолерантный тест

844.ИМТ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У

*беременных женщин

лиц с нарушениями пищевого поведения

лиц, придерживающихся диетических рекомендаций

пациентов с сахарным диабетом 1 типа

845.СИНОНИМОМ ВЕРХНЕГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ

гиноидное

вторичное

*андроидное

ягодично-бедренное

846.ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА $44,9 \text{ кг/м}^2$ У МУЖЧИНЫ 33 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ

избыточной массе тела

*ожирению III степени

ожирению I степени

ожирению II степени

847.НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА

Пиквика

Гудпасчера

*Альстрема

Прадера-Вилли

848.ЛИПОДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ

мышечной ткани

волосяного покрова

*подкожной жировой клетчатки

ногтевых пластин

849.ОЖИРЕНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МУТАЦИИ В ОДИНОЧНЫХ
ГЕНАХ

*моногенное

морбидное

центральное

ятрогенное

850.К ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМУ (ПЕРВИЧНОМУ) ОТНОСИТСЯ
ОЖИРЕНИЕ

*гиноидное

церебральное

эндокринное

ятрогенное

851. НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА

*Барде-Бидла

Гудпасчера

Пиквика

Прадера-Вилли

852. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

*масса тела (кг)/рост (м)²

масса тела (кг)²/рост (м)

рост (м)²/масса тела (кг)

рост (м)/масса тела (кг)²

853. СИНОНИМОМ НИЖНЕГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ

*гиноидное

андроидное

висцеральное

вторичное

854. ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ОЖИРЕНИЯ И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

*лунообразное лицо

выпадение волос

запоры

сухость кожи и волос

855. ДЛЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

*саркопеническое ожирение

ожирение в связи с генетическими дефектами

церебральное ожирение

ятрогенное ожирение

856. ИМТ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЖИРЕНИЯ У

*детей с незакончившимся периодом роста

лиц с нарушениями пищевого поведения

лиц, придерживающихся диетических рекомендаций

пациентов с сахарным диабетом 1 типа

857. К ЭНДОКРИННОМУ ОТНОСИТСЯ ОЖИРЕНИЕ

*гипотиреоидное

первичное

церебральное

ятрогенное

858. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ЛОРЕНСА-МУНА-БАРДЕ-БИДЛА

*аутосомно-рецессивный

аутосомно-доминантный

голландрический

митохондриальный

859. ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НА УРОВНЕ

*гребней подвздошных костей
пояснично-реберной дуги
середины надлобковой области
середины эпигастральной области

860.ЭТИОЛОГИЯ МОНОГЕННЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ СОСТОИТ В

*мутации генов, контролирующих синтез анорексигенных пептидов
наличии опухоли гипоталамуса
низкой физической активности
сниженной функции щитовидной железы

861.ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ
ОТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА ТАЛИИ К ОБЪЕМУ БЕДЕР У ЖЕНЩИН ____ КАК
АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ

* $>0,85$
 $>0,70$
 $>0,75$
 $>0,80$

862.ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА АЛЬСТРЕМА

*аутосомно-рецессивный
аутосомно-доминантный
голандрический
митохондриальный

863.ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА $41,4 \text{ кг/м}^2$ У ЖЕНЩИНЫ 22 ЛЕТ СООТВЕТСТВУЕТ

*ожирению III степени
избыточной массе тела
ожирению I степени
ожирению II степени

864.САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА

Лоренса-Муна-Барде-Бидла

Барде-Бидла

*Альстрема

Пиквика

865.ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ОЖИРЕНИЯ И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

запоры
выпадение волос
*стрии
сухость кожи

866.СИНОНИМОМ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ

ягодично-бедренное
первичное
абдоминальное
*вторичное

867.ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

*определение уровня тиреотропного гормона

определение гликированного гемоглобина
определение уровня кальцитонина
пероральный глюкозотолерантный тест

868. КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ
электронеумиографии
подробного опроса пациента с определением рациона питания
измерения веса и роста с вычислением индекса массы тела
*рентгеноденситометрии в режиме «Всё тело»

869. ПОЛ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ
ОЖИРЕНИЯ

социально-экономическим
психологическим и поведенческим
генетическим
*демографическим

870. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ,
ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

демографическим
генетическим
*социально-экономическим
психологическим и поведенческим

871. ПРИ ТИРЕОИДИТЕ РИДЕЛЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПАЛЬПАТОРНО

*плотная и безболезненная
плотная и болезненная
эластической консистенции и безболезненная
эластической консистенции и болезненная

872. ГИПОТИРЕОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ____ АНЕМИИ

апластической
*железодефицитной
микроцитарной
серповидно-клеточной

873. СУЩЕСТВЕННОЕ ПРЕВЫШЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ
ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ
ГИПОТИРЕОЗА, ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ

*целиакии
болезни Крона толстой кишки
дивертикула пищевода
камней в желчном пузыре

874. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА – АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ
ПОРАЖЕНИЕМ ЩЖ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ:
ЭНДОКРИННОЙ ОРБИТОПАТИЕЙ, ПРЕТИБИАЛЬНОЙ ДЕРМОПАТИЕЙ И ____

*акропатией
деформирующим остеитом
остеоартропатией
пахидермоперостозом

875.ТТГ СИНТЕЗИРУЕТСЯ _____ КЛЕТКАМИ АДЕНОГИПОФИЗА

- *базофильными
- ацидофильными
- хромофобными
- эозинофильными

876.ТИРЕОТОКСИКОЗ НЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- *тиреоидита Риделя
- аутоиммунного тиреоидита
- рака щитовидной железы
- хорионэпителиомы

877.В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ГИПОТИРЕОЗОМ В АНАМНЕЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ КОНТРОЛЬ ТТГ ЧЕРЕЗ ____ НЕДЕЛЬ/НЕДЕЛИ ПОСЛЕ РОДОВ

- *6
- 10
- 12
- 2

878.СУБКЛИНИЧЕСКОМУ ТИРЕОТОКСИКОЗУ СООТВЕТСТВУЕТ ПОДАВЛЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТТГ В СОЧЕТАНИИ С

- *нормальным св.Т4 и нормальным св.Т3
- высокий св.Т4 и высоким св.Т3
- низким св.Т4 и низким св.Т3
- нормальным св.Т4 и высоким св.Т3

879.ДЛЯ СИНДРОМА ХОФФМАНА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРНА
атрофия скелетной мускулатуры и развитие крампи при физической нагрузке
атрофия скелетной мускулатуры и гипертрофия мышцы сердца

- *гипертрофия скелетной мускулатуры в сочетании с мышечной слабостью
- гипертрофия скелетной мускулатуры с увеличением мышечной силы

880.В ПРОЦЕССЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ПО ХОДУ ТИРЕОГЛОССАЛЬНОГО ПРОТОКА ВОЗМОЖНА ЭКТОПИЯ ТКАНИ ЩЖ В

- области надпочечника
- левой доле печени
- воротах лёгких
- *корне языка

881.ПОДАВЛЕННЫЙ ТТГ С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ СВОБОДНОГО Т4 И СВОБОДНОГО Т3 СООТВЕТСТВУЕТ

- *субклиническому тиреотоксикозу
- манифестному гипотиреозу
- манифестному тиреотоксикозу
- субклиническому гипотиреозу

882.ГАЛАКТОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМОМ

- *гипотиреоза
- гипокортицизма
- гипопаратиреоза
- дефицита гормона роста

883.ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- *повышенный ТТГ и низкий уровень св.Т4
- нормальный ТТГ и низкий уровень св.Т4
- повышенный ТТГ и нормальный уровень св.Т4
- пониженный ТТГ и низкий уровень св.Т4

884.ТИРЕОТОКСИКОЗ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ АНТИТЕЛ К

- *рецептору ТТГ
- рецептору ИФР-1
- тиреоглобулину
- тиреопероксидазе

885.ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ ЙОДА НЕ БОЛЕЕ _____ МКГ В СУТКИ

- *20
- 100
- 200
- 70

886.ЭПОНИМИЧЕСКОЕ НАЗВАНИЕ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА - БОЛЕЗНЬ

- *Грейвса
- Пламмера
- Риделя
- Хашимото

887.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ПОКАЗАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- ЛГ
- АМГ
- *ХГЧ
- ФСГ

888.ТТГ СИНТЕЗИРУЕТСЯ КЛЕТКАМИ

- *аденогипофиза
- гипоталамуса
- нейрогипофиза
- промежуточной доли гипофиза

889.ИЗМЕНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- увеличением уровня эстрадиола
- снижением уровня пролактина
- повышением уровня секс-стероид-связывающего глобулина
- *снижением уровня общего тестостерона

890.ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЫДЕЛЯЮТ _____ ГИПОТИРЕОЗ

- *осложнённый
- первичный

тканевой
центральный

891.ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

креатинина
альбумина
*кальция
триглицеридов

892.ТИРЕОТОКСИКОЗ - ЭТО СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ _____ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

резистентностью тканей к действию
отсутствием изменения уровня
*повышением
снижением уровня

893.ПОВЫШЕННАЯ ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЗЫВАЕТСЯ

тиреоидит
гипотиреоз
*гипертиреоз
тиреотоксикоз

894.БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА – АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: АКРОПАТИЕЙ, ПРЕТИБИАЛЬНОЙ ДЕРМОПАТИЕЙ И _____

орбитальным псевдотумором
дакриoadенитом
*эндокринной орбитопатией
ретракцией век

895.У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩЖ И НОСИТЕЛЬСТВОМ АНТИТЕЛ К ТКАНИ ЩЖ ПЕРВОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ТТГ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

на 8 неделе беременности
на 22 неделе беременности
на 12 неделе беременности
*при наступлении беременности

896.СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ИЗБЫТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ И ИХ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА РАЗЛИЧНЫЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ, НАЗЫВАЕТСЯ

*тиреотоксикоз
гипертиреоз
гипотиреоз
тиреоидит

897.ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НЕОБХОДИМО ПРОКОНТРОЛИРОВАТЬ УРОВЕНЬ

*ТТГ
Т3
Т4
кальцитонина

898.ЗАХВАТ РФП НИЖЕ ПОПУЛЯЦИОННОЙ НОРМЫ ПРИ СЦИНТИГРАФИИ
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

ТТГ-секретирующей аденоме гипофиза
трофобластической болезни
многоузловом токсическом зобе
*подостром тиреоидите

899.ТИРЕОИДНЫЕ ГОРМОНЫ ОКАЗЫВАЮТ НА СЕРДЦЕ _____ ЭФФЕКТЫ

положительный хронотропный и отрицательный инотропный
отрицательный хронотропный и положительный инотропный
отрицательный хронотропный и отрицательный инотропный
*положительный хронотропный и положительный инотропный

900.АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

артериальной гипотензией
*диастолической гипертензией
диастолической гипотензией
систолической гипертензией

901.ВСЛЕДСТВИЕ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ СТИМУЛИРУЮЩИХ АНТИТЕЛ К
РЕЦЕПТОРУ ТТГ РАЗВИВАЕТСЯ

*тиреотоксикоз
гипотиреоз
подострый тиреоидит
рак ЩЖ

902.ЗАХВАТ РФП ВЫШЕ ПОПУЛЯЦИОННОЙ НОРМЫ ПРИ СЦИНТИГРАФИИ
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

подостром тиреоидите
амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе 2 типа
*болезни Грейвса
послеродовом тиреоидите

903.ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЫДЕЛЯЮТ
_____ ГИПОТИРЕОЗ

первичный
*субклинический
периферический
центральный

904.В ПРОЦЕССЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ПО ХОДУ ТИРЕОГЛОССАЛЬНОГО ПРОТОКА
ВОЗМОЖНА ЭКТОПИЯ ТКАНИ ЩЖ В

воротах почек
верхушке правого лёгкого
*области дуги аорты
кардиальном отделе желудка

905.НАКОПЛЕНИЕ В ТКАНЯХ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ
ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ИНГИБИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ
НА

стволовые клетки

лимфоциты
адипоциты
*фибробласты

906. ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ _____ ЭТИОЛОГИИ
грибковой
бактериальной
*вирусной
прионной

907. ПОКАЗАНИЯ К ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ УЗЛОВ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТ РЕЗУЛЬТАТ
лабораторной диагностики
*УЗИ
пальпации
сцинтиграфии

908. СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕБЮТА _____
ТИРЕОИДИТА
послеродового
аутоиммунного
*подострого
цитокин-индуцированного

909. НАЛИЧИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ШЕИ, УСКОРЕНИЯ СОЭ И ТИРЕОТОКСИКОЗА
ПОДОЗРИТЕЛЬНО В ОТНОШЕНИИ
кровоизлияния в кисту щитовидной железы
*подострого тиреоидита
острого тиреоидита
цитокин-индуцированного тиреоидита

910. ПО ДАННЫМ ВОЗ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЁМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ _____
СОСТАВЛЯЕТ ДО 18 СМ³
*женщин
детей
мужчин
подростков

911. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
УРОВНЯ _____ КРОВИ
калия
железа
*кальция
магния

912. СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФАЗЫ ПОДОСТРОГО
ТИРЕОИДИТА СОСТАВЛЯЕТ
7-10 дней
*1,5-2 месяца
1,5-2 года
8-10 месяцев

913.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТРАНЗИТОРНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ГИПЕРТИРЕОЗА И БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ

АТ-ТПО

*АТ-рТТГ

ХГЧ

эстрадиола

914.ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПОДОСТРОМУ ТИРЕОИДИТУ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИ НОСИТЕЛЬСТВЕ ГАПЛОТИПА ____ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ

DQ

B8

*BW35

DR3

915.ЕСЛИ УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К РЕЦЕПТОРУ ТТГ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА ПОВЫШЕН, ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПОВТОРИТЬ В ____ НЕДЕЛИ/НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

22-26

14-20

*18-22

8-12

916.К ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ОТНОСЯТ СИМПТОМ КОХЕРА, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ

пигментация кожи вокруг глаз

отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх

*отставание верхнего века от верхнего лимба при взгляде вверх

потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии

917.К НЕОПУХОЛЕВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

фолликулярная аденома

папиллярная карцинома

*узловой коллоидный зоб

фолликулярное новообразование

918.К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

резистентность к тиреоидным гормонам

радиойодтерапия по поводу диффузного зоба

аутоиммунный тиреоидит

*трансназальная аденомэктомия

919. Разрыв или повреждение ножки гипофиза приводит к:

транзиторному несахарному диабету с

тойкому несахарному диабету

*пангипопитуитаризму

920. Укажите правильный ответ: для вторичного альдостеронизма почечного генеза характерно:

снижение альдостерон-ренинового соотношения

снижения уровня ренина в плазме крови
снижение уровня ангиотензина II в плазме крови
*повышения уровня ренина в плазме крови
снижение уровня альдостерона в плазме крови

921. У больных несахарным диабетом в ходе пробы с ограничением жидкости

осмоляльность мочи и диурез уменьшаются
* осмоляльность мочи и диурез существенно не изменяются
осмоляльность мочи повышается, диурез уменьшается
осмоляльность мочи и диурез увеличиваются

922. Основным механизмом патогенеза первичного гипотиреоза является:

уменьшение секреции тиролиберина
Увеличение массы железистой ткани щитовидной железы
Уменьшение массы железистой ткани щитовидной железы с торможением синтеза тиреоидных гормонов
Уменьшение синтеза тиролиберина
* Уменьшение секреции ТТГ

923. Закончите фразу: критерием оценки эффективности стимулирующей терапии гонадотропинами является:

отсутствие изменения размеров тестикул
увеличения секреции тестостерона
*увеличения секреции люлиберина
увеличения кортизола в моче
увеличение гормона роста

924. К тиазолидиндионам относится:

Глипизид
Новонорм
Глюкобай
Манинил
*Авандия

925. Закончите фразу: показанием для хирургического метода лечения больных крипторхизмом является:

положительный эффект от введения малых доз хорионического гонадотропина в области пахового канала;
* опасность развития аутоиммунного орхита;
нормальный эффект от курса введения хорионического гонадотропина внутримышечно
наличие гиперпролактинемии;
наличие ложного крипторхизма.

926. Закончите фразу: с целью диагностики преждевременного полового созревания необходимо использовать следующие методы диагностики:

определение кортизола крови

- * исследования эстрогенов и тестостерона в плазме крови
- УЗИ надпочечников
- сцинтиграфии щитовидной железы
- определение 17 кетостероидов в моче

927. Ключевым звеном патогенеза синдрома Ларона является:

- *резистентность к СТГ
- дефицит СТГ
- избыток СТГ
- биологически неактивный СТГ

928. Для симптома Труссо характерно развитие:

- «Петушиной походки».
- * «Руки акушера»
- «Конской стопы»
- «Контрактуры Дюпюитрена»

929. Для симптома Хвостека характерно:

- *Сокращение мимических мышц
- Сокращение мышц брюшного пресса
- Спазм мышц кисти
- Сокращение мышц стопы

930. Закончите фразу: при синдроме Шерешевского - Тернера НЕ встречается:

- *не заращение Боталлова протока
- деменция
- атрезия мочеточника в сочетании с другими пороками развития мочевыводящей системы
- пигментные невусы
- коарктация аорты

931. С рецепторами цитоплазматической мембраны клеток взаимодействуют все перечисленные гормоны, за исключением:

- * инсулина
- фолликулостимулирующего гормона
- кортизола
- лютеинизирующего гормона
- тиреотропного гормона

932. Укажите правильный ответ: синдром Бабинского-Пехранц-Фрелиха относится к:

- * эндокринному ожирению
- гиноидному ожирению
- андроидному ожирению
- ятрогенному ожирению
- церебральному ожирению

933. Укажите правильный ответ: для грелина НЕ характерно:

- влияние на систему гипофиз-гонады
- участие в клеточной пролиферации, циркуляции, пищеварении

стимуляция лактотропной и кортикотропной функций

* подавление аппетита

повышение секреции гормона роста

934. Акромегалия не входит в состав синдрома множественных эндокринных неоплазий

*МЭН-2

МЭН-1

Carney

McCune-Albright

935. Закончите фразу: основные клинические проявления эстромы у мужчин НЕ включают:

снижение потенции

прекращение роста волос на лице

перераспределение подкожного жира по женскому типу

гинекомастию

* сохранную потенцию

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

* Блокированием поступления йода в щитовидную железу

Воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью

Воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе

Торможением превращения тироксина в трийодтиронин

937. Закончите фразу: офтальмологические осложнения при первичном гиперальдостеронизме НЕ проявляются:

* экзофтальмом

снижением зрения

кровоизлиянием в ретинальную ткань

слепотой

отеком сетчатки и соска зрительного нерва

938. Выраженные периферические отеки характерны для синдрома неадекватной продукции вазопрессина

* Да

Нет

939. Гипофизарным гормоном, секреция которого регулируется двумя идентифицированными специфическими гипоталамическими факторами, является

соматотропный гормон

липотропный гормон

пролактин

тиреотропный гормон

*АКТГ

940. Макропролактинемия не связана

* с большими размерами пролактиномы

с увеличением периода циркуляции гормона в крови

с полимеризацией молекул пролактина

с участием антител

941. Укажите правильный ответ: для ложного крипторхизма НЕ характерно:

- * низкий уровень андрогенов в сыворотке крови
- отсутствие признаков гипогонадизма
- нормальной фертильности
- непостоянное отсутствие яичка в мошонке
- отсутствие деструктивных изменений в яичках

942. Закончите фразу: у больного с синдромом Клайнфельтера спермограмма характеризуется:

- * олигоспермией
- олигоастеноспермией
- некроспермией
- нормальной спермограммой
- азооспермией

943. Холестерин является исходным субстратом для синтеза

- * стероидных гормонов
- адреналина и норадреналина
- инсулиноподобных факторов роста
- тироксина и трийодтиронина

944. Закончите фразу: рекомендуемое распределение основных компонентов пищи в суточном рационе:

- углеводы 60-70%, белки 15-20%, жиры 15-20%
- углеводы 70-80%, белки 10-15%, жиры 10-15%
- * углеводы 55-60%, белки 15-20%, жиры 25-30%
- углеводы 50-55%, белки 10-20%, жиры 30-35%
- углеводы 50-55%, белки 30-35%, жиры 10-20%

945. Одновременное повышение пролактина и СТГ в крови не встречается при соматомаммотропиноме

- СТГ-продуцирующей макроаденоме
- * СТГ-продуцирующей микроаденоме

946. Разрыв или повреждение ножки гипофиза приводит к:

- транзиторному несахарному диабету
- стойкому несахарному диабету
- * пангипопитуитаризму

947. Укажите правильный ответ: для вторичного альдостеронизма почечного генеза характерно:

- снижение альдостерон-ренинового соотношения
- снижения уровня ренина в плазме крови
- снижение уровня ангиотензина II в плазме крови
- * повышения уровня ренина в плазме крови
- снижение уровня альдостерона в плазме крови

948. Укажите правильный ответ: количество уровней генетического предрасположения к ожирению составляет:

- 4
- 2
- 6

949. Для диагностики вторичного гипотиреоза необходимо исследовать:

* Пробу с тиреолиберин

Антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину

ТТГ

Тиреоглобулин

Свободный Т4

950 . Укажите правильный ответ: основу диетотерапии при ожирении составляет:

исключение соли

лечебное голодание

исключение жиров из рациона

* уменьшение количества углеводов в рационе

гипокалорийная диета

4.3. Собеседование

4.3.1. Экзаменационные вопросы

1. Гормоны. Определение. Классификация (по строению, по месту синтеза, по биологическим функциям)

2. Гормоны. Механизмы действия. Принцип механизма «обратной связи».

3. Общие принципы синтеза, секреции и регуляции секреции, транспорта, гормонов. Механизмы действия гормонов.

4. Поджелудочная железа. Анатомия. физиология. Методы исследования.

5. Инсулин: строение, биосинтез, секреция, биологический эффект инсулина.

6. Метаболизм глюкозы в организме человека.

7. Патогенез хронических осложнений при сахарном диабете. Роль хронической гипергликемии в формировании осложнений.

8. Сахарный диабет. Определение. Классификация сахарного диабета и других типов нарушения углеводного обмена. Эпидемиология сахарного диабета.

9. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика.

10. Лечение сахарного диабета 1 типа. Заместительная инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа. Рекомендации по питанию при сахарном диабете 1 типа. Принципы регулярного гликемического контроля и самоконтроля.

11. Роль терапевтического обучения больных сахарным диабетом в достижении результатов лечения.

12. Сахарный диабет 2 типа. Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика.

13. Профилактика сахарного диабета 2 типа. Группы риска развития сахарного диабета 2 типа. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития сахарного диабета. Ранняя диагностика сахарного диабета 2 типа.

14. Немедикаментозное лечение сахарного диабета 2 типа. Диетотерапия при сахарном диабете 2 типа. Физические упражнения при сахарном диабете 2 типа.

15. Медикаментозное лечение СД 2 типа. Неинсулиновые препараты в лечении сахарного диабета 2 типа.

16. Принципы инициации и интенсификации сахароснижающей терапии при сахарном диабете 2 типа. Цели лечения сахарного диабета 2 типа.

17. Инсулинотерапия при сахарном диабете 2 типа. Комбинированная терапия инсулином в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами.

18. Артериальная гипертензия при СД: целевое значение АД, особенности гипотензивной терапии. Контроль эффективности лечения.

19. Диабетическая ретинопатия. Факторы риска развития и прогрессирования диабетической ретинопатии. Патогенез. Классификация диабетической ретинопатии.

20. Диагностика диабетической ретинопатии. Стадии диабетической ретинопатии. Лечение. Лазерная коагуляция сетчатки: показания, осложнения. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение (витрэктомия): показания, осложнения. Профилактика.

21. Диабетическая нейропатия. Эпидемиология и факторы риска развития диабетической нейропатии. Классификация. Патогенез. Клинические формы диабетической нейропатии. Диагностика. Лечение диабетической нейропатии. Профилактика.

22. Диабетическая нефропатия, определение. Эпидемиология, этиология и патогенез. Классификация. Факторы риска развития и прогрессирования диабетической нефропатии.

23. Клиническая и лабораторная диагностика диабетической нефропатии. Лечение диабетической нефропатии и ее осложнений. Коррекция сахароснижающей терапии при ХБП.

24. Диабетические макроангиопатии. Определение, эпидемиология. Особенности патогенеза. Определение сердечно-сосудистого риска. Факторы риска развития ИБС у больных сахарным диабетом.

25. Клинические особенности ИБС у больных сахарным диабетом. Диагностика ИБС. Лечение ИБС у больных сахарным диабетом. Профилактика развития ИБС у больных сахарным диабетом.

26. Синдром диабетической стопы. Классификация синдрома диабетической стопы. Патогенез и клиника нейропатической и нейро-ишемической формы синдрома диабетической стопы. Факторы риска развития синдрома диабетической стопы.

27. Диагностика и лечение синдрома диабетической стопы.

28. Хирургические вмешательства при сахарном диабете. Подготовка и периоперационное ведение при плановом хирургическом вмешательстве. Периоперационное ведение при хирургическом вмешательстве по срочным показаниям.

29. Неотложные состояния при сахарном диабете. Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

30. Гиперлактацидемическая кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

31. Гиперосмолярная кома (гиперосмолярное гипергликемическое состояние). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

32. Гипогликемия и гипогликемическая кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Легкие и тяжелые гипогликемические состояния. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

33. Особенности клинического течения и лечения диабета во время беременности. Критерии компенсации сахарного диабета у беременной.

34. Гестационный сахарный диабет. Диагностика гестационного диабета. Диагностика, лечение, профилактика осложнений (для матери и плода).

35. Критерии компенсации диабета у беременной с гестационным сахарным диабетом, Послеродовое наблюдение и ведение женщин с гестационным сахарным диабетом. Прогноз при гестационном сахарном диабете.

36. Эндогенный гиперкортицизм. Этиология. Патогенез.

37. Основные клинические симптомы эндогенного гиперкортицизма. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация.

38. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) Этиология. Патогенез.

39. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна). Клиника. Осложнения.

Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз и диспансеризация.

40. Гормонально неактивные опухоли надпочечников (инциденталомы надпочечников). Классификация. Принципы диагностики. Лечение. Показания к хирургическому лечению.

41. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Классификация. Этиология.

42. Первичная, вторичная, третичная надпочечниковая недостаточность.

43. Аутоиммунные полигландулярные синдромы. Патогенез. Клиника. Диагностика.

Дифференциальный диагноз. Лечение.

44. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология и патогенез.

45. Острая надпочечниковая недостаточность. Клиника. Диагностика.

Дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися болевым абдоминальным, диспептическим синдромами, с коллаптоидными состояниями.

46. Лечение и профилактика адрисонического криза. Прогноз.

47. Феохромоцитома. Этиология. Патогенез. Клиника.

48. Феохромоцитома. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

49. Симпато-адреналовый криз. Катехоламиновый шок. Диагностика.

Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.

50. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) Этиология. Патогенез. Клиника.

51. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение болезни Грейвса. Показания и противопоказания. Побочные эффекты терапии. Факторы риска развития рецидивов ДТЗ. Прогноз и диспансеризация пациентов с ДТЗ.

52. Тиреотоксический криз. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.

53. Функциональная автономия щитовидной железы. Основные формы функциональной автономии щитовидной железы. Этиология. Патогенез. Клиника.

54. Функциональная автономия щитовидной железы Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика. Прогноз и диспансеризация.

55. Синдром гипотиреоза Этиологическая классификацию гипотиреоза. Патогенез первичного, вторичного, третичного и периферического гипотиреоза.

56. Клиника гипотиреоза. Клинические маски гипотиреоза. Осложнения. Диагностика. Классификация гипотиреоза по степени тяжести. Дифференциальная диагностика синдрома гипотиреоза с другими заболеваниями, проявляющимися отеком, миастеническим и др. синдромами.

57. Дифференциальная диагностика первичного, вторичного и третичного гипотиреоза. Лечение гипотиреоза. Критерии эффективности лечения. Прогноз и диспансеризация пациентов с гипотиреозом.

58. Гипотиреоидная кома. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

59. Эпидемиология и этиология йоддефицитных заболеваний. Патогенез. Патоморфология эндемического зоба. Клинические формы йоддефицитных тиреопатий. Классификация йоддефицитных заболеваний. Эпидемиологические критерии оценки степени тяжести йодного дефицита.

60. Диагностика и дифференциальная диагностика йоддефицитных заболеваний с другими заболеваниями щитовидной железы. Лечение. Профилактика. Прогноз и диспансеризация пациентов с йоддефицитными заболеваниями.

61. Острый тиреоидит (бактериальный). Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика острого тиреоидита. Лечение. Прогноз и диспансеризация.

62. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена гранулематозный). Этиология: роль вирусных инфекций в развитии болезни, значение иммунореактивности. Патогенез.

63. Подострый тиреоидит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация пациентов с подострым тиреоидитом.

64. Хронический аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото). Этиология. Патогенез. Клиника хронического аутоиммунного тиреоидита: классификация в зависимости от варианта течения, стадии болезни и функционального состояния щитовидной железы.

65. Диагностика хронического аутоиммунного тиреоидита. Дифференциальная диагностика. Лечение хронического аутоиммунного тиреоидита. Прогноз и диспансеризация пациентов.

66. Злокачественные новообразования щитовидной железы. Эпидемиология, этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Клинические симптомы, функциональное состояние щитовидной железы.

67. Особенности метастазирования опухолей щитовидной железы. Диагностика. Лечение.

68. Физиологические изменения функционирования системы гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа во время беременности. Особенности течения заболеваний щитовидной железы при беременности, после беременности.

69. Влияние гипотиреоза, тиреотоксикоза, йодного дефицита, аутоиммунных заболеваний щитовидной железы на течение беременности и родов. Лечение гипотиреоза, диффузного токсического зоба при беременности. Профилактика дефицита йода при беременности.

70. Безболевой и послеродовой тиреоидиты. Патогенез, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз

71. Амiodарон-индуцированные тиреопатии. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

72. Эндокринная офтальмопатия. Определение. Эпидемиология, этиопатогенез. Клиника.

73. Критерии активности течения эндокринной офтальмопатии. Критерии тяжести. Классификация. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и особенности диспансеризации пациентов.

74. Ожирение. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация.

75. Лечение ожирения и метаболического синдрома. Немедикаментозные методы. Медикаментозные методы. Показания. Противопоказания. Хирургические методы лечения ожирения. Профилактика ожирения и метаболического синдрома. Скрининг на выявление сахарного диабета 2 типа. Определение сердечно-сосудистого риска.

76. Акромегалия и гигантизм. Определение понятий «акромегалия» и «гигантизм». Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диагностические тесты для определения активности процесса. Дифференциальный диагноз. Лечение.

77. Осложнения акромегалии по органам и системам. Клинические проявления. Диагностика. Лечение

78. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипопитуитаризм). Этиология. Патогенез. Первичный и вторичный гипопитуитаризм. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Заместительная гормональная терапия. Прогноз и диспансеризация.

79. Синдром гиперпролактинемии. Патологическая гиперпролактинемия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Прогноз и диспансеризация.

80. Несахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.

81. Первичный, вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Диагностика и дифференциальная диагностика первичного, вторичного и третичного гиперпаратиреоза.

82. Первичный гиперпаратиреоз. Клинические проявления. Клинические формы первичного гиперпаратиреоза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

83. Вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.

84. Гиперкальциемический криз. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.

85. Гипопаратиреоз. Классификация. Этиология. Патогенез. Механизм развития

тетании. Клиника. Диагностика. Лечение.

86. Гипокальциемический криз. Клиника и диагностика. Неотложная терапия при гипокальциемическом кризе.

87. Регуляция менструального цикла.

88. Физиология беременности. Гормоны плаценты. Сроки наблюдения при эндокринопатиях беременных.

89. Синдром поликистозных яичников. Этиология и патогенез. Менструальная функция. Диагностика (критерии) и дифференциальная диагностика. Лечение.

90. Методы контрацепции. Классификация КОК. Способы и показания к применению.

91. Климактерический синдром. Определение понятий: пременопауза, перименопауза, постменопауза, климактерический синдром. Патогенез климактерического синдрома. Клинические проявления климактерического синдрома. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

92. Синдром аменореи. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

93. Синдром гиперандрогении у женщин. Определение понятия гиперандрогении. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Прогноз.

94. Нарушения овуляторной функции яичников: этиопатогенез и клиника различных форм, диагностика, дифференциальная диагностика, основные принципы лечения.

95. Синдром гипогонадизма у мужчин. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика первичного, вторичного гипогонадизма, гипогонадизма, обусловленного резистентностью органов мишеней.

96. Возрастной андрогенный дефицит: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, заместительная терапия андрогенами.

97. Дефицит соматотропного гормона. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

98. Преждевременное половое созревание. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

99. Остеопороз. Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиологическая классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

100. Лечение и профилактика остеопороза.

4.3.2 Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №001

Мужчина. 57 лет, обратился с жалобами на выраженную жажду (до 8 литров в день) в том числе и ночью, учащенное мочеиспускание. Эти симптомы появились около 6 месяцев назад и постепенно нарастали.

Из анамнеза выяснено, что около года назад получил черепно-мозговую травму.

При проведении стандартного теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 4,8-ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 5,5 ммоль/л. При исследовании мочи: белок - отрицательный, плотность 1001-1002, лейкоциты - 1-0-1, эритроциты - ед. в п/зр. В анализах крови без отклонений, рентгенография черепа - без отклонений.

При проведении пробы с сухоедением - осмолярность мочи 265 мОсм/кг, после проведения десмопрессинового теста - осмолярность мочи 768 мОсм/кг

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать в первую очередь?
2. Оцените результаты обследования.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Какие еще исследование необходимо провести?
5. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №002

Больная Б., 25 лет, поступила в отделение нейроэндокринологии с жалобами на отсутствие менструаций в течение двух лет, выделения из молочных желез, сухость во рту, постоянную жажду - выпивает до 7 л жидкости в сутки; периодическую головную боль, больше в глазницах, бесплодие в течение 2 лет, увеличение массы тела - за два года около 5 кг. Три года назад одновременно появились сухость во рту, жажда, прекратились менструации. Лечилась у гинеколога, назначался прогестерон внутримышечно, затем парлодел - 5 мг в сутки, нарколут, микрофоллин, на фоне которых в течение двух месяцев приходили менструации.

При рентгенографии черепа патологии не выявлено, по данным КТ головного мозга, имеется эндоселлярная аденома. Анализ мочи по Зимницкому: диурез 2250 мл, удельный вес 1000 во всех порциях, кроме от 5 до 8 часов - 1014. Исследование гормонов в крови: пролактин - 2524 мЕд/л (норма - 41-613), ЛГ - 1,5 Ед/л (норма - 3,0-12), ФСГ - <1,5 Ед/л (норма - 1,6-6,6), эстрадиол - 135 пмоль/л (норма - 110-550), тестостерон - 0,8 (0,8-2,7).

Вопросы:

1. Выделите ведущие проявления заболевания
2. Чем обусловлено развитие данных проявлений?
3. Дайте интерпретацию анализа мочи по Зимницкому
4. Тактика лечения
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать несахарный диабет?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №003

Больной К. 30 лет обратился с жалобами на головную боль, увеличение надбровных дуг, мягких частей лица, увеличение суставов кистей рук. увеличение размера обуви на 2 единицы. Во время обследования на МРТ гипофиза выявлена аденома гипофиза (соматотропинома) с супраселлярным ростом 1,4*1,9 см. СТГ 100 нмоль/л (N до 20). пролактин 194 мМЕ/мл (N 60-450), ТГ 1,4 мкЕд/мл (норма 0,25-4,5) на УЗИ щитовидной железы-объем 50 мл. в правой доле образование 0,9*1,1 см, с тонким гипоехогенным ободком.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Локализация патологического процесса. Выработка какого гормона обуславливает данную клиническую картину?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Какие пробы нужно провести?
5. Тактика лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №004

Больной М., 45 лет. обратился с жалобами на увеличение размеров кистей, стоп. укрупнение черт лица, в течение последних пяти лет, также отмечает головные боли, боли в суставах, снижение зрения. Лабораторно выявлено: уровень СТГ 0,6 нг/мл: ИФР 315 нг/мл (норма 101- 267). По данным МРТ: макроаденома гипофиза. В анамнезе гипертоническая болезнь в течение 10 лет. Пациенту проведен ОГТТ. на фоне которого, концентрация СТГ составила 1.5 м/М.1.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Критерии. характерные для активной стадии?
3. Каковы показания к госпитализации при данной патологии?
4. Какие еще дополнительные методы обследования можно провести?
5. Тактика лечения и критерии ремиссии заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №005

Больной 23 лет обратился к эндокринологу с жалобами на головную боль, избыточную массу тела, снижение либидо, эректильную дисфункцию.

Данные анамнеза: в течение нескольких лет пациент наблюдается у психиатра по поводу органического психического заболевания, получает нейролептики (рисперидон и клозалин).

Объективно: телосложение гиперстенического типа, избыточного питания, отложение жира по андроидному типу. Вес - 110 кг, рост - 170 см. ИМТ - 38,06 кг/м². Оволосение по мужскому типу. Истинная гинекомастия.

Данные обследования: пролактин - 8136 мЕД/л (норма - 73-407), тестостерон – 2.1 нмоль/л (норма - 5,76-28,14), ЛГ, ФСГ, ТТГ и Е2 - в пределах референсных значений. МРТ головного мозга: эндосупраселлярная аденома гипофиза размерами 12*18*16 мм. Офтальмологический осмотр: нарушения полей зрения не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения. Какова цель лечения?
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту?
5. Изменится ли тактика лечения, если при проведении контрольной МРТ размеры опухоли составляют 19*22*20 мм и определяется отсутствие снижения уровня пролактина до нормальных значений?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №006

Больная 20 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на выделения из молочных желез, появляющиеся при надавливании на соски, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что впервые отметила появление выделений из молочных желез в 18-летнем возрасте. Менструальный цикл регулярный регулярный.

При осмотре: телосложение правильное, отложение жира по гиноидному типу. Вес - 63,0 кг, рост - 170 см, ИМТ - 21,79 кг/м². Оволосение по женскому типу, признаков гирсутизма не определяется, галакторея II ст.

Данные лабораторно-инструментального обследования: пролактин - 1980 мМЕ/л (норма - 109-557). пролактин мономерный - 772 мМЕ/л (норма - 79-347), доля макропролактина - 61%; ЛГ, ФСГ, ТГ и Е2 - в пределах референсных значений. МРТ головного мозга: аденома гипофиза 5*8*7 мм.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту?
5. При динамическом наблюдении через 1 год лечения уровень пролактина в крови составляет 480 мЕД/л (норма - 109-557), пролактин мономерный - 427 мМЕ/л (норма - 79- 347), галакторея отсутствует, по данным МРТ головного мозга - без значимой динамики. О чем могут свидетельствовать эти данные?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №007

Больной Ю., студент 17 лет, доставлен в приемный покой «Скорой помощью» в бессознательном состоянии. Со слов родственников, в течение нескольких последних дней

жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. Сегодня утром не пошел на занятия из-за сильной слабости, спал все утро, днем родственники разбудить его не смогли. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ.

Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Из рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 120 в минуту. АД – 80/40 мм.рт.ст. Дыхание шумное, частое. ЧДД- 26 в минуту. При аускультации хрипы не выслушиваются.

Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень -- по краю реберной дуги.

Результаты дополнительного обследования:

Сахар крови - 32 ммоль/л, Катетером получено 150 мл мочи, экспресс-реакция на ацетон (+++).

РН крови - 7,1; Уровень лактата, креатинин, мочевины, трансаминазы в пределах нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить характер неотложных мероприятий и дальнейшую тактику.
5. Укажите вероятный механизм развития болезни.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №008

Основная часть.

Больная, 18 лет, госпитализирована в эндокринологическое отделение с жалобами на слабость, жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, тупые боли в пояснице, головные боли, боли в ногах. Заболела сахарным диабетом остро в 12 лет. Сразу были назначены диета и инсулин. Две недели назад перенесла грипп, после чего появились указанные выше жалобы, несмотря на строгое соблюдение диеты и инсулинотерапии - перед завтраком Хумалог 8 Ед + перед обедом 6 Ед + перед ужином 4 Ед; Лантус 32 Ед. Объективно: лицо бледное, одутловатое. Рост 160 см, масса тела 54 кг. АД 150/95 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Язык сухой, яркий. Печень + 4 см, тестоватой консистенции, безболезненная. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Температура 37,4° С. Анализ крови: эритроциты 3,0; гемоглобин 89 г/л; лейкоциты 9,9; формула: метамиелоциты 1 п/я 17 с/я 68 лимф. 10 мон. 4. СОЭ 53 мм.

Анализ мочи: мутная, реакция щелочная. удельный вес 1011, белок 0,99 г/л, лейкоциты 80 - 100 в п/зр., слизь ++, бактерии +. Гликемический профиль: 6.00 - 10,0 ммоль/л; 8.00 - 15,7 ммоль/л; 11.00 - 14,8 ммоль/л; 13.00 - 17,0 ммоль/л; 18.00 - 16,8 ммоль/л; 22.00 - 14,2 ммоль/л. Ацетон в моче отрицательный. Биохимические анализы: кетоновые тела 5 мг%; мочевины 5,0 ммоль/л; креатинин 120 мкмоль/л; АЛТ 45 Е/л; АСТ 67 Е/л; билирубин 12 ммоль/л. Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, артерии сужены, вены расширены, извиты, множественные микроаневризмы, геморрагии, мягкие и твердые экссудаты

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Имеются ли осложнения заболевания?
3. Имеются ли сопутствующие заболевания?
4. План дальнейшего обследования.
5. Какое лечение необходимо назначить?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №009

Пациент, 23 года, страдает сахарным диабетом в течение 10 лет. В анамнезе 4 гипогликемические комы, часто кетоз. Последние 2 года появились жалобы на боли, онемение стоп, их зябкость, «ползание мурашек», снижение зрения, периодически отеки на лице, подёмы

АД до 150/100 мм рт ст, участились гипогликемические состояния до 2-3-х раз в неделю при обычной дозе инсулина. Месяц назад - гипогликемическая кома (предвестников не ощущал). Три дня назад попал в ДТП: был за рулем автомобиля и потерял сознание. доставлен бригадой СМП в приемный покой Елизаветинской больницы. На фоне введения 40 мл 40% глюкозы (2-хкратно) и затем в/венной инфузии 5% глюкозы у больного появилось сознание, о происшедшем ничего не помнит.

Инсулинотерапия: новорапид перед завтраком 16 ед, перед обедом 16 ед, перед ужином 16 ед. Лантус в 22.00 28 ед.

Данные обследования: сахар крови-2,5 ммоль/л (после введения глюкозы).

Общий анализ мочи: уд. вес- 1012, цвет- желтый, Б-0,058, Л-2-4 в п/з, Э-1-2 в п/з.

Общий анализ крови: 3- 4,0; Н - 140 г/л, СОЗ-21 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Какие осложнения диабета вероятнее всего у пациента.
2. Что могло явиться причиной учащения гипогликемий?
3. Чем обусловлено развитие АГ и отежного синдрома?
4. План обследования.
5. План лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №010

Больной, 32 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течение трех месяцев после перенесенного эндемического паротита. Объективно: рост 178 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины - поверхностная пиодермия. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 116/80 мм.рт.ст. Определяется кровоточивость дёсен. Край печени выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, болезненный при пальпации.

Анализ крови: эритроциты 5,0; гемоглобин 115 г/л; лейкоциты 13,6; СОЗ 23 мм.

Анализ мочи: светлая, реакция кислая, удельный вес 1014, белок 0 г/л, лейкоциты 3-4 в п/зр., слизь +, бактерии -. Уровень сахара 19,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте обоснование диагнозу
3. План обследования.
4. Укажите вероятный механизм развития болезни
5. Принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №011

Больная 58 лет, пенсионерка.

Пациентка предъявляет жалобы на избыточный вес (прибавила 5 кг за последний год), беспокоит слабость, сухость во рту, жажда (выпивает 3-4 литра в день), имеется полиурия и никтурия. Из анамнеза известно, что в возрасте 32 лет родила ребенка с весом 4,7 кг. Страдает избыточной массой тела в течение 18-20 лет (прибавила в весе за это время на 30 кг). В 50-летнем возрасте случайно выявлен сахарный диабет, получает лечение диетой и манинилом в дозе 10 мг в день. Стойкой компенсации диабета нет из-за постоянного нарушения диеты. АД и холестерин в крови не измеряли. Считает, что сопутствующих заболеваний у неё нет. Наследственность- сахарный диабет 2 типа у тёти. Пациентка имеет глюкометр, но редко определяет гликемию. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 98 кг.

Кожа нормальной влажности, суховата в области локтей, обычной окраски. Щитовидная железа уплотнена и увеличена в размере (1 ст), узлов не определяется. Периферических отеков нет. Язык чистый. Тоны сердца ясные, ритмичные 66 уд. в 1 мин. АД 170/75 мм.рт.ст. Со стороны

внутренних органов отклонений не обнаружено. Пульсация на a.dorsalis pedis отчетливая с обеих сторон. Стул- наклонность к запорам, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови и общий анализ мочи в норме. Сахар крови натощак 9,2 ммоль/л: через 2 часа после еды - 12 ммоль/л

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование. Посчитать ИМТ пациентки
2. Какая этиология и патогенез данного заболевания
3. Какие исследования вы назначите?
4. К каким специалистам следует направить пациентку?
5. План лечения - следует ли изменить терапию и почему?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №012

Мужчина 57 лет, обратился к терапевту с жалобами на головную боль, жажду, полиурию, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что пациент прибавил в весе на 8 кг за последние 2 года. Бывают подъемы АД до 180/100 mmHg. Наследственность - у дяди и двоюродного брата имеется сахарный диабет 2 типа.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 176 см; масса тела 109 кг. Кожа нормальной влажности, обычной окраски. Периферических отеков нет. Язык чистый. Тоны сердца ясные, ритмичные 80 уд. в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов без особенностей. Пульсация на a.dorsalis pedis отчетливая с обеих сторон. Стул в норме. Дизурических явлений нет.

Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови и общий анализ мочи в норме. глюкоза плазмы натощак - 7,2 ммоль/л, повторно 7,7 ммоль/л, холестерин - 6,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Посчитать индекс массы тела пациента
2. Диагноз и обоснование.
3. Этиология и патогенез развития заболевания
4. Какие дополнительные исследования следует провести пациенту? План лечения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №013

Больная К., 50 лет, повар. Обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на головокружение и головную боль. Считает себя больной в течение последних 2 лет, когда появились Эпизоды повышения АД до 165/100 ММ.рт.ст., возникающие п о с л е эмоционального напряжения. На фоне избыточной массы тела в течение года появилась сухость во рту, зуд промежности. Других жалоб не предъявляет.

Имеет дочь (вес при рождении больше 5 кг.) В анамнезе - сахарный диабет 2 типа у матери, получала метформин. Наследственность по другим эндокринным заболеваниям неотягощена. Страдает гипертонической болезнью, наблюдается у кардиолога. Год назад при случайном определении зарегистрирован уровень гликемии в капиллярной крови 8.0 ммоль/л., но к врачу не обращалась. Неделю назад при профосмотре был проведен

ПТТГ (75 г.глюкозы) капиллярная кровь - натощак - 6,3 ммоль/л, через 2 часа - 11,3 ммоль/л, рекомендована консультация специалиста.

Объективные данные: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост 164 см, масса тела 88 кг. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент 2 тона над аортой. Пульс 78 в минуту. АД - 170/100мм.рт.ст. Левая граница сердца - на Iсм. кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Частота дыхания -16 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, отеков нет. Стул оформлен.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. Этиология и основы патогенеза данного заболевания. План обследования.
3. План ведения пациента.
4. Предпочтительная сахаропонижающая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №014

Женщина 27 лет. Беременность 14 недель (первая беременность). Жалобы на учащенное мочеиспускание, иногда сухость во рту. Рост 172 см; масса тела 78 кг. Набор веса + 3 кг. В анамнезе страдала избыточным весом, нарушением менструального цикла по типу опсоменореи.

При осмотре состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Acanthosis nigricans в области шейной складки. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, без узлов. АД 135/75 мм.рт.ст. ЧСС - 78 в мин. При осмотре внутренних органов без видимой патологии. Мочеиспускание учащено.

При обследовании в женской консультации впервые выявлен сахар венозной плазмы натощак 7,4 ммоль/л; глюкозурия. Наследственность по эндокринной патологии - сахарный диабет 2 типа у бабушки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. Риски для женщины с сахарным диабетом во время беременности
4. Риски для плода у беременных женщин с сахарным диабетом
5. План ведения пациентки во время беременности

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №015

Пациентка М., 38 лет на приеме в женской консультации. Беременность I, срок 12 нед. В анамнезе СД 2 типа у сестры. Первая беременность в 28 лет, роды срочные, девочка, 4100г при рождении.

Жалоб активно не предъявляет. Избыточного питания. В остальном объективный осмотр без отклонений. Прибавка в весе +4 кг. При б/х анализе глюкоза крови (венозная плазма) - 5.2 ммоль\л. ОАК и ОАМ, биохимический анализ без патологии.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие факторы риска данной патологии имеются у пациентки? Какие еще факторы риска вы знаете?
3. Ведение пациентки.
4. Нуждается ли в послеродовом наблюдении?
5. Правила проведения, сроки проведения и интерпретация данных ОГТТ во время Физиологической беременности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №016

Некурящий мужчина 54 лет обратился с жалобами на снижение массы тела, тремор рук, выраженную потливость, бессонницу. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 180 см, вес - 70 кг. Кожные покровы чистые, влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД- 140/80 мм, ЧСС - 110 ударов в минуту. Щитовидная железа при пальпации - I степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижна при глотании, над ее поверхностью выслушивается систолический шум. Глазные симптомы отрицательные.

При гормональном исследовании: ТТГ - 0,001 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 45,4 (N: 9,0 - 23,2) пмоль/л, св. Т3 - 10,0 (0,6 - 1,9) нг/мл, АТ-рТТГ - 14 МЕ/мл (N: 0-1).

По данным УЗИ с доплеровским картированием: объем ЩЖ - 19,5 мл, повышенная васкуляризация ЩЖ

Лечение: для устранения основных симптомов заболевания пациенту был назначен Тирозол по 30 мг/сут с постепенным снижением дозы. На фоне приема поддерживающей дозы Тирозола 10 мг/сут появились и стали нарастать жалобы на боли в области орбит, слезотечение, покраснение глаз, чувство песка в глазах, диплопию, периорбитальные отеки, нарастающий экзофтальм, отсутствие полного смыкания глазной щели. При гормональном исследовании: ТТГ - 2,5 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 17,4 (N: 9,0 - 23,2) пмоль/л, св. Т3 - 1,2 (0,6 - 1,9) нг/мл, АТ-рТТГ - 12 МЕ/мл (N: 0-1).

Вопросы:

1. Сформулируйте и поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения используются для устранения глазных симптомов легкой, средней и тяжелой степени тяжести?
3. Какой метод лечения и по какой схеме будет выбран для данного пациента и почему?
4. Перечислите показания к орбитальной декомпрессии
5. Какой прогноз для жизни?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №017

Пациентка 50 лет, обратилась с жалобами на бессонницу, приступы сердцебиения, тремор рук, потливость, отмечает эпизоды субфебрилитета в вечернее время, снижение массы тела на 15 кг, быструю утомляемость, раздражительность, беспричинное беспокойство, рассеянность. плаксивость, плохую переносимость тепла.

Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. В последний месяц состояние стало заметно ухудшаться - нарастала слабость, появилась одышка. Отмечено однократное повышение АД до 170/110 мм. рт.ст. с развернутой клиникой гипертонического криза, купировавшееся самостоятельно. Постоянного контроля уровня АД не проводилось. Поступила в эндокринологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 36,8°C. Рост - 157 см, вес - 60 кг. Больная суежлива, делает много быстрых ненужных движений, многословна. Выглядит моложе своих лет. Тонкие кисти, тонкие пальцы с заостренной ногтевой фалангой. Кожные покровы чистые, влажные. Подкожно-жировой слой развит слабо. Сухожильные рефлексы усилены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 150/70 мм.рт.ст., ЧСС - 105 ударов в минуту.

Щитовидная железа - I степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижна при глотании, над ее поверхностью выслушивается систолический шум. Глазные симптомы отрицательные, тремор пальцев рук.

При гормональном исследовании: ТТГ - 0,002 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 70,4 (N: 9,0 - 23,2) пмоль/л, св. Т3 - 3,3 (0,6 - 1,9) нг/мл. АТ-ТПО - 980 МЕ/л (0-100).

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 2,8×1,8×6,1 см. Левая доля: 2,1×1,8×6,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы - 27 мл.

Вопросы:

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь.
2. С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходится дифференцировать.

3. Какой из приведенных гормональных показателей (ТТГ, Т4, Т3) имеет наибольшее, а какой наименьшее диагностическое значение.
4. С назначения каких препаратов и в каких дозах следует начать лечение.
5. Какой метод лечения будет выбран для базовой терапии и почему.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №018

Пациентка 60 лет, обратилась с жалобами на приступы сердцебиения, тремор рук, потливость, перебои в работе сердца.

Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Поступила в эндокринологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 165 см, вес - 75 кг. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, аритмичные, мерцательная аритмия, шумов нет. АД - 165/95 мм.рт.ст., ЧСС - 105 ударов в минуту, пульс 100 ударов в минуту. Щитовидная железа - II степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижная при глотании, систолический шум над ее поверхностью не выслушивается, в правой доле пальпируется округлое, безболезненное узловое образование диаметром около 2 см. Глазные симптомы отрицательные.

При гормональном исследовании: ТГ - 0,002 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 26,4 (N: 9,0 - 23,2) пмоль/л, св. Т3 - 2,3 (0,6 - 3,9) пмоль/л, АТ-ТПО - 1000 МЕ/мл (норма - 0-100), АТ-ТГ и АТ-рТГ - в пределах нормальных значений

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно.

Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности. Правая доля: 2,8×1,8×4,1 см, визуализируется узел 2,0×1,8×2,5 см. Левая доля: 2,1×1,8×4,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы - 27 мл.

Вопросы:

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь.
2. С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходится дифференцировать.
3. Какие еще методы исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите показания к оперативному лечению при выявлении узлов в щитовидной железе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №019

Больная Н., 72 лет увеличение щитовидной железы впервые отмечено во время беременности в 1970 г. К эндокринологу обратилась в 1995 г. По данным УЗИ щитовидной железы было выявлено узловое образование. В 1998 г. субтотальная резекция щитовидной железы по поводу узлового зутиреоидного зоба. Гистология: узловой коллоидный 30б. В 2009 г по данным УЗИ щитовидной железы: объем 4 мл, узел правой доли 1,9 см. В марте 2013 г на фоне на сердцебиения и нарастающую слабость. В анализе крови в марте 2013 г:

ТТГ - 0,01 мЕд/л (0,4 - 4), св. Т4 - 2 ммоль/л (11,5 - 23,2), АТ-ТП - 13,6 МЕ/мл (0 - 100), АТ-ТТГ - 13,2 МЕ/мл (0 - 60). Поступила в эндокринологическое отделение для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 158 см, вес - 77,5 кг, ИМТ - 31,04 кг/м², кожные покровы нормальной окраски и влажности. АД - 150/90 мм, ЧСС - 90 в мин. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, плотная, узлы левой доли и перешейка, глазные симптомы отрицательны.

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, смешанной эхогенности - на фоне ткани средней эхогенности определяются множественные гипоехогенные участки в обеих долях. Правая доля:

17×16×43 мм. Левая доля: 31×23×75 мм. Перешеек: 6 мм. Объем - 3 см³ (9 -18). В верхней трети левой доли определяется узел с ровными контурами - 1,4×0,8×1,7 см, в перешейке определяются два узла размерами 0,7×0,4×0,6 см и 1,8×1,1×1,8 см.

Тонкоигльная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем УЗИ: цитограмма пунктата характерна для диффузно-узлового частично пролиферирующего коллоидного зоба с кистозными изменениями в узле.

Сцинтиграфия щитовидной железы: отчетливо визуализируются обе доли с четкими контурами, достаточно интенсивным накоплением индикатора. В средней части левой доли - зона гиппоаккумуляции индикатора («холодный» узел). В нижней половине правой доли - зона гипераккумуляции округлой формы («горячий» узел), выступающая, за наружный контур железы.

Вопросы:

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?
2. С каким заболеванием щитовидной железы необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Что означают понятия «холодный» узел и «горячий» узел.
4. Насколько эффективно будет в данном случае назначение тиреостатических препаратов.
5. Какой метод лечения следует признать в данном случае как наиболее оптимальный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №020

Больная, Е. 75 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сонливость, зябкость, запоры, отечность ног, снижение слуха, осиплый голос, затруднение при глотании, сухость кожных покровов

В анамнезе: В 1997г. во время автокатастрофы перенесла черепно-мозговую травму средней тяжести, после чего отметила снижение слуха, ухудшилось зрение, развился птоз правого века, периодически теряла сознание. Наблюдается в неврологическом отделении больницы МПС.

В 1998г. появились и нарастали отеки голеней, кистей рук, затем периорбитальные отеки, изменился тембр голоса. Летом 1990г. прибавила в весе 7 кг. С этого времени стали беспокоить общая слабость, сонливость, шелушение кожи на ладонях.

Объективные данные: Рост - 156 см, вес- 52 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 58 уд. В мин., АД - 100/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из- под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Данные обследований:

Общ. анализ крови: Нв 130 г/л, эритроц. - $3,4 \cdot 10^{12}$, лейкоц. - $5,7 \cdot 10^9$, п/я - 1 с/я - 40, лимф. - 51, моно- 7. СОЭ - 23 мм/час.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС - 56 уд.в мин. горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка.

Биохим.анализ крови: в пределах нормы.

Уровень гормонов крови: ТГ - 65,0 МЕ/мл (0,25 - 4,0), св.Т4 - 1,85 пмоль/л (9,0 - 23,2).

УЗИ щитовидной железы: железа расположена в типичном месте, контуры ровные. Паренхима диффузно-неоднородная, сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 0,9 × 0,7 × 2,6 см, левая доля: 1,2 × 0,8 × 3,0 см. Объем железы - 2,2 мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования?

3. Рекомендуемое лечение
4. Имеются ли особенности в ведении пациентов старшей возрастной группы с данной патологией?
5. Определите прогноз

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №021

Больная К.. 24 лет, при поступлении в клинику жаловалась на сухость кожных покровов, выпадение волос на голове.

Из анамнеза: С 4 до 6 лет наблюдалась эндокринологом по поводу "узла" в щитовидной железе (УЗИ не проводилось), непродолжительное время принимала тироксин, в какой дозе не помнит. Развивалась в соответствии с возрастом, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала.

Менархе - с 12 лет, менструации регулярные до 18 лет, с этого возраста нарушение цикла по типу олигоменореи. Через год выявлена железодефицитная анемия. По назначению гематолога в течение 4 мес. проводилось лечение препаратами железа без эффекта. Ухудшение самочувствия - с 21года, когда стала беспокоить быстрая утомляемость, слабость, появилась сухость кожных покровов, выпадение волос.

Объективные данные: Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 56 уд. В мин., АД - 100/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из- под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Вопросы:

1. Определите план обследования.
2. Чем может быть обусловлена железодефицитная анемия?
3. Сформулируйте предварительный диагноз
4. Определите тактику лечения. Какие гормональные показатели необходимо контролировать и с какой периодичностью?
5. Изменится ли тактика лечения, если пациентка сообщает, что планирует беременность в ближайшее время?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №022

Больная 53 лет обратилась с жалобами на приступы сердцебиения, боли за грудиной различного характера и интенсивности, нарушение сердечного ритма, потливость, слабость, которые ее беспокоят в течение последних 5 месяцев. Проведен курс лечения седативными, нитратами и амиодароном, который продолжался в течение 6 месяцев. На фоне проведенного лечения отмечает значительное улучшение, восстановление сердечного ритма, однако потливость и приступы сердцебиения сохраняются.

Объективные данные: Вес - 85 кг, рост 160 см, кожа влажная, теплая. Тремора рук, тела нет, глазные симптомы отрицательны. Рост - 156 см, вес - 52 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 58 уд. В мин., АД - 100/60 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из- под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

УЗИ: щитовидная железа обычно расположена. Объем железы - 17 мл (норма: 9 - 18,0). Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная.

Уровень гормонов крови: св.Т4 - 8,0 пмоль / л (11,5 - 23,0), общТ4 - 56 нмоль/л (60-120), св. Т3- 23, (0,6- 3,9)пмоль/л, ТТГ- 16,09МЕ/л(0,17- 4,05), АТ-ТПО- 35,0(до 50).

Вопросы:

1. Что послужило причиной изменения гормональных показателей функции щитовидной железы?
2. Какой из приведенных гормональных показателей (ТТГ, Т4, Т3) имеет наибольшее, а какой наименьшее диагностическое значение.
3. Сформулируйте диагноз
4. Определите тактику лечения
5. Укажите возможную схему лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №023

Пациентка 35 лет, обратилась с жалобами на слабость, боли в области передней поверхности шеи с иррадиацией в уши, периодические сердцебиения, тремор рук, потливость, отмечает эпизоды субфебрилитета в вечернее время до 38°C, снижение массы тела на 3кг.

Из анамнеза известно, что ранее наблюдалась у эндокринолога по поводу АИТ с сохраненной функцией щитовидной железы. Около месяца назад перенесла ОРВИ.

Ухудшение самочувствия в течение последней недели. Поступила в эндокринологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 37,8°C. Рост - 160 см, вес - 60 кг. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 130/70 мм.рт.ст., ЧСС - 110 ударов в минуту.

Щитовидная железа - I степени увеличения, болезненная при пальпации, подвижная при глотании, в правой доле пальпируется уплотнение около 2 см в диаметре, систолический шум над ее поверхностью е выслушивается. Глазные симптомы отрицательные.

Общ. анализ крови: Нв 130 г/л, эритро. - $3,4 \cdot 10^{12}$, лейко. - $5,7 \cdot 10^9$, п/я - 1, с/я - 40, лимф. - 51, моно- 7. СОЭ- 73 мм/час.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС - 96 уд.в мин. горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка.

Биохим.анализ крови: в пределах нормы.

При гормональном исследовании: ТТГ - 0.02 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 35,4 (N: 9,0 - 23,2) пмоль/л. св. Т3 - 5,3 (0,3 - 3,9) пмоль/л, АТ-ТПО - 560 МЕ/л (0-100), АТ-ТГ - в пределах референсных значений.

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, васкуляризация усилена. Правая доля: 2,8×1,8×6,1 см, определяется участок повышенной эхогенности 1,9×2,0 см без четких контуров. Левая доля: 2,1×1,8×6,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы - 27 мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте и поставьте диагноз
2. Какие заболевания могут сопровождаться клиникой тиреотоксикоза?
3. Имеются ли показания для назначения тиреостатиков у данной пациентки?
4. Какой метод лечения будет выбран для базовой терапии и почему.
5. Определите прогноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №024

Больная 58 лет жалуется на приступы сердцебиения, потливость, сухость кожных покровов, ломкость ногтей, снижение памяти и слабость. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся выкидышами. Страдает поливалентной аллергией.

Объективные данные: Рост - 164 см, вес- 59 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 58 уд. В мин., АД - 100/60 мм.рт.ст. Язык влажный. обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из- под края реберной

дуги. Щитовидная железа увеличена до 2 ст, мягкая, узловые образования обеих долей диаметром около 2 см. Выделений из молочных желез нет.

При пальпации щитовидной железы: пальпируются обе доли, размер больше дистальной фаланги, в правой доле определяется нечетко очерченное узловое образование 1,5×1,3 см, в левой доле - узел 1,9×2,4 см с четким ободком Халло. Остальная ткань железы плотная, объем железы 28 см³. Проведена ТАБ, заключение: правая доля - выраженная лимфоцитарная инфильтрация. Клетки Ашкенази-Пюртля, левая доля - узловый коллоидный пролиферирующий зоб с явлениями кистозной дегенерации.

При гормональном исследовании: ТТГ - 11,2 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 8,9 (N: 9,0 - 23,2) пмоль/л, св. Т3 - 3,0 (0,3 - 3,9) пмоль/л, АТ-ТПО - 310 МЕ/л (0-100), АТ-ТГ - в пределах референсных значений.

Вопросы:

1. Сформулируйте и поставьте диагноз
2. Охарактеризуйте данные ТАБ.
3. Определите тактику лечения.
4. Перечислите показания к оперативному лечению при узловом зобе.
5. Какие методы исследования и как часто следует проводить данному пациенту?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №025

У беременной, 19 лет, при постановке на учет в сроке 8 недель пальпаторно выявлена увеличенная щитовидная железа. При опросе предъявляет жалобы на утомляемость, тремор рук, потливость, раздражительность, беспричинное беспокойство, рассеянность, плаксивость, плохую переносимость тепла.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 36,8°C. Рост - 168 см, вес - 60 кг. Больная суетлива, делает много быстрых ненужных движений, многословна. Кожные покровы чистые, влажные. Сухожильные рефлексы усилены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 150/70 мм.рт.ст., ЧСС - 105 ударов в минуту. Щитовидная железа - I степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижна при глотании, над ее поверхностью выслушивается систолический шум. Глазные симптомы отрицательные, тремор пальцев рук.

При гормональном исследовании: ТТГ - 0,005 (N: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 36,4 (N: 9,0 - 23,2) ммоль/л, св. Т3 - 3,3 (0,6 - 1,9) нг/мл. АТ-ТПО - 360 МЕ/л (0-100), АТ-рТТГ - 18 ЕД/л (0-1).

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Объем правой доли: 19 мл, левой доли - 15 мл. Перешеек: 0,7 см. Общий объем щитовидной железы - 34 мл.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой препарат следует назначить, какая схема, на Ваш взгляд, является наиболее предпочтительной?
3. Решите вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования беременности.
4. Прогноз.
5. Каких осложнений беременности можно ожидать при отсутствии адекватного лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №026

У беременной женщины, 19 лет, при постановке на учет в сроке 6 недель выявлен уровень ТТГ - 3,9 мкМЕ/мл (0,4-4,0), FT4 - 13,0 пмоль/л (9-22,0), АТ-ТПО - 310 МЕ/л (0-30). Активно жалоб не предъявляет. При объективном осмотре отклонений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой препарат следует назначить.

3. Решите вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования беременности.
4. Прогноз.
5. Каких осложнений беременности можно ожидать при отсутствии адекватного лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №027

Мужчина, 51 год, проходит обследование по поводу появления периодической головной боли в лобной области, сочетающейся с дискомфортом в области живота. Также пациент предъявляет жалобы на общую и мышечную слабость, набор веса на 5 кг за полгода, депрессию. При объективном осмотре: Рост 190 см, вес 115 кг, АД 170/95 мм.рт.ст., пульс 88 уд/мин. Лицо круглое, розовое, отложение жировой ткани над ключицами и по задней поверхности шеи. Пальпация живота безболезненная. Петехий нет. Неврологический осмотр - без особенностей, за исключением снижения силы в проксимальных мышцах ног. По КТ органов брюшной полости выявлено образование надпочечника диаметром 2 см. В 8:00 уровень кортизола 717 нмоль/л, АКТГ 2 пг/мл.

Вопросы:

1. Какое заболевание нужно исключать в первую очередь?
2. Какой следующий шаг в обследовании нужно предпринять?
3. После проведения ночного теста с дексаметазоном уровень кортизола 356 нмоль/л.

Нужны ли еще исследования для постановки диагноза больному и какие?

4. Какой диагноз у этого пациента и тактика лечения?
5. Нужно ли назначать данному пациенту заместительную терапию глюкокортикоидами после адреналэктомии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №028

Больная Р, 29 лет, поступила в эндокринологическое отделение клиники в плановом порядке с целью обследования по поводу объемного образования правого надпочечника. При поступлении - жалобы на общую и мышечную слабость, утомляемость, учащенное сердцебиение (пульс до 120 уд в 1 мин) на фоне подъема АД (максимум до 160/100 мм.рт.ст.).

Из анамнеза известно, что впервые стала отмечать подъем АД, учащенное сердцебиение в течение 6 мес. Плановая терапия иАПФ (диротон) - без значимого эффекта. При проведении УЗИ было выявлено объемное образование правого надпочечника, наличие которого подтверждено и по результатам КТ обследования в июне 2012 года выявлено объемное образование правого надпочечника размерами 1.39×1.33×1.29 см.

При объективном осмотре обращает на себя внимание повышение артериального давления до 156/95. Рост - 170 см, вес 67 кг

Данные лабораторного обследования:

Адрепокортикотронный гормон - 10,3 пг/мл (норма <46).

Кортизол в 9.00 - 191,0 нмоль/л (норма 138 - 690).

Кортизол в 21.00 - 57.0 нмоль/л (норма 70- 345).

Кортизол на фоне пробы с 2 мг дексаметазона - <27.6 нмоль/л.

Альдостерон (фон) горизонтально 450,0 пг/мл (10,0 - 105,0).

Ангиотензин 1 (АП) 0,04 нг/мл/час (норма 0,5-1,9).

Альдостерон на фоне "маршевой пробы" (вертикально) - 180 пг/мл.

Калий 3.5 ммоль/л (норма 3,6-5,1).

Метанефрин в моче - 21.2 мкг/сут (норма 0-60).

Норметанефрин в моче - 16.5 мкг/с (норма 0-120).

Вопросы:

1. О каком заболевании могут свидетельствовать данные изменения?
2. Какой тест дополнительно необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Нужно ли этой пациентке проводить селективный забор крови из надпочечниковых вен на альдостерон и почему?

4. При какой форме первичного гиперальдостеронизма "маршевая проба" неинформативна?

5. Какое лечение показано пациентке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №029

Пациентка Л., 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на выраженную мышечную слабость, потемнение кожных покровов, сухой кашель, тошноту при подъеме АД (макс до 230/100 мм.рт.ст.), сухость во рту, учащенное ночное мочеиспускание.

Отмечает ухудшение самочувствия в течении 3 лет, когда впервые стала отмечать общую и мышечную слабость, гипертонические кризы на фоне ранее эффективной гипотензивной терапии.

При осмотре обращают на себя внимание: истонченная, с мраморным оттенком кожа с заметным сосудистым рисунком, атрофия мышц нижних конечностей и плечевого пояса, лунообразно лицо с цианотичным оттенком, диспластичное ожирение с преимущественным отложением жира на животе, артериальная гипертензия 190/100 мм.рт.ст.

При проведении лабораторного обследования: глюкоза - 9.3 ммоль/л, калий - 3,3 ммоль/л, АКТГ - 457 пг/мл, кортизол в 9.00 - 1134 нмоль/л, кортизол в 21.00 - 900 нмоль/л, кортизол на фоне пробы с 2 мг дексаметазона - 1200 нмоль/л, кортизол на фоне пробы с 8 мг дексаметазона в сутки - 800 нмоль/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: без особенностей, признаки диффузного остеопороза.

КТ органов грудной клетки: в третьем сегменте правого легкого - овоидной формы образование 0.5×0.8×0.7 см.

МРТ гипофиза - микроаденома гипофиза диаметром 0,5 см.

КГ органов брюшной полости: диффузная гиперплазия обоих надпочечников

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какие инструментальные методы диагностики рекомендуется провести для уточнения диагноза?

3. Какие результаты обследования позволяют заподозрить длительное течение заболевания?

4. Метод лечения.

5. Прогноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №030

Больная Х. 51 г., жалобы на периодические подъёмы артериального давления более 250/100 мм.рт.ст., сопровождающиеся учащенным сердцебиением, бледностью кожных покровов, ощущением жара в теле, выраженными головными болями в затылочной области давящего характера, тошнотой, иногда - рвотой, дрожью в руках. Приступы возникают на фоне хорошего самочувствия, внезапно. Их продолжительность 15 минут, принимает кордафлекс.

При проведении КТ органов брюшной полости получены данные за опухоль левого надпочечника размерами 43,5×37.8 мм.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?

2. При клинической диагностике этого заболевания существует триада симптомов, которая в сочетании с артериальной гипертензией наиболее часто встречается. Все ли эти симптомы есть у данной пациентки?

3. Какие лабораторные тесты необходимо провести пациентке?

4. Нужно ли больной проводить радиоизотопные методы исследования?
5. После установления диагноза что необходимо назначить больному?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 031

Мужчина, 45 лет, проходит обследование по поводу синдрома Кушинга. У него центральное ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, акне и слабость проксимальных мышц. Он утверждает, что ежедневно выпивает 100 г водки, хотя его жена говорит, что, на самом деле, он пьет гораздо больше. Суточная экскреция кортизола с мочой повышена в 3 раза по сравнению с нормой. Кортизол плазмы в 8:00 после приема 1 мг дексаметазона в 23:00- 138 нмоль/л.

Вопросы:

1. Что Вы подозреваете в первую очередь?
2. Какой следующий анализ нужно выполнить?
3. Чтобы избежать ложно-положительного результата при исследовании свободного кортизола мочи, как надолго надо отказаться от приема алкоголя?
4. Что может привести к ложно-положительному результату теста с 1 мг дексаметазона у женщин?
5. Имеют ли пациенты с "псевдо-Кушингом" фенотипические изменения как при истинном синдроме Кушинга?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №032

Обратились родители мальчика 3 лет (3 года и 2 мес.) с жалобами на появление у ребенка лобкового и подмышечного оволосения, увеличение размеров полового члена.

Данные анамнеза: мальчик от 1-й беременности, родился в срок, при рождении патологии не выявлено, выписаны на 5-й день в удовлетворительном состоянии. Рост и развитие по возрасту, у врачей-специалистов не наблюдались, хронической патологии, операций, травм не было. Рост родителей: мама - 163 см, папа - 170 см. Наследственность по эндокринной патологии не отягощена.

В течение последнего года интенсивно растет, опережает сверстников по темпам роста. В поведении стали заметны агрессивность, конфликтность в общении с другими детьми, в связи с чем обращались к психологам, часто перед сном и при пробуждении стали появляться эрекции. Обращали внимание на увеличение размеров полового члена. Около 2 недель мама заметила появление прямых пигментированных волос на лобке и в подмышечных областях, в связи с чем обратилась к эндокринологу.

Данные объективного статуса: рост - 122 см, вес - 20,3 кг. Телосложение правильное, хорошо развита мышечная масса. Речь с логопедическими дефектами. Негативистичен, сопротивляется осмотру. Кожные покровы чистые, диффузно смуглые. ЩЖ- без патологии. АД- 100/70 мм.рт.ст., ЧСС- 100 в минуту. Половая формула: А-1, Р-2, F-0-1, V-0-1, ДП -5 см, ШП - 1,5 см, testis scrotum. Объем правого и левого яичек по 3 мл. Мошонка пигментированная.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимое гормональное и инструментальное обследование для уточнения причины данного состояния.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите характерные изменения гормональных и инструментальных данных в том случае, если у пациента ВГКН? Какую форму заболевания можно предполагать с учетом клинико-анамнестических данных?
5. Потребуется ли расширение обследования в этом случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №033

На приеме мальчик 7,5 лет с родителями. Жалобы на слабость, недомогание, гиперпигментацию кожных покровов, плохой аппетит, в то же время отмечает тягу к соленой пище- маринованным огурцам, соленой рыбе, периодические различной локализации боли в животе, постоянную сонливость, нежелание посещать школу. Ухудшение самочувствия отмечает около 2 недель.

Данные анамнеза: мальчик от 1-й беременности, родился в срок, при рождении патологии не выявлено. В возрасте 5 лет на основании признаков преждевременного полового созревания, ускорения темпов роста и костного возраста, повышения уровня 17-ОНР диагностирована ВГКН, простая вирильная форма, подтверждена молекулярно-генетическим исследованием. Назначено лечение преднизолоном 2,5 мг утром и 5 мг вечером. Самочувствие ребенка было удовлетворительным, уровни 17-ОНР при мониторинге 1 раз в 4-6 мес. в пределах нормы. В сентябре ребенок пошел в 1-й класс. Через 2 недели от начала учебы начал отмечать вышеописанные жалобы, родители стали замечать усиление пигментации кожных покровов. Данные объективного статуса: рост - 139 см, вес - 25,9 кг. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, диффузно смуглые, сгущение пигментации в подмышечных областях, локтевых сгибах, ладонных складках, в области сосков.

Щ.ж. - без патологии. АД- 85/50 мм рт ст. ЧСС - 110 в минуту, ритмичные.

Половая формула: А-2, Р-3, F-1, V-1, ДП-7 см, ШП - 2 см, testis scrotum. ОЯ правого и левого яичек по 5 мл. Мошонка пигментированная.

Данные лабораторного исследования: глюкоза - 41, ммоль/л, калий - 5,7 ммоль/л, в КАК - Нв-127 г/л, количество форменных элементов, лейкоцитарная формула б/о.

17-ОНР - 54,4 нг/мл, кортизол - менее 27 нмоль/л, АКТГ - 150 пг/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Требуется ли госпитализация ребенка в эндокринное отделение? Экстренно или планово? Обоснуйте свое мнение.
3. Потребуется ли дополнительное гормональное и инструментальное исследование, какое?
4. С чем связано на Ваш взгляд ухудшение течения заболевания? Отражает ли декомпенсацию заболевания значительное снижение уровня кортизола?
5. Какова тактика лечения пациента в ближайшем и отдаленном периодах?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №034

На приеме пациентка 25 лет. Жалобы на утомляемость, отеки, повышение веса на 10 кг за последние полгода, головные боли, появление растяжек на груди и животе.

Данные анамнеза: девочка родилась с вирилизацией наружных гениталий (2 ст. по Прадеру), при обследовании диагностирована ВГКН вследствие дефекта 21-гидроксилазы на основании повышения уровня 17-ОНР более 10 нг/мл, повышения ренина плазмы более 80 нг/мл. Лечение начато до начала клинических проявлений. В возрасте 1,5 лет проведено оперативное лечение (феминизирующая пластика НГО). Получала гидрокортизон (Кортеф) и Кортинефф. Регулярно наблюдались детским эндокринологом, своевременно проводилась коррекция доз заместительной терапии. Экстренных госпитализаций не было. Менархе в 14 лет, месячные установились регулярные. Росла и развивалась по возрасту, посещала детский сад, в школу пошла с 7 лет, училась на 4-5. После школы поступила в ВУЗ, который закончила 2 года назад. В настоящее время работает по специальности. Кортеф принимала в дозе 5 мг утром, 2,5 мг днем и 12,5 мг на ночь + Кортинефф 50 мкг утром.

В течение последних 4 мес. в связи с отсутствием Кортефа перешла на прием кортизона ацетата: 25 мг утром, 12,5 мг днем и 50 мг на ночь + Кортинефф 50 мкг утром. Связывает ухудшение самочувствия и прибавку веса с переходом на лечение кортизоном, хочет перейти снова на лечение кортефом.

Данные объективного статуса: рост - 165 см, вес - 75,8 кг. ОТ - 80 см, ОТ/ОБ- 0.87. Кожные покровы чистые, обычной влажности, на груди и животе множественные стрии розового цвета, по типу атрофических. Отмечается общая пастозность - лица, рук, голеней.

Щ.ж.- не увеличена, плотноватой консистенции, узлов не пальпируется.

А/Л - 130/80 мм рт ст. после 15 приседаний - 160/80 мм рт ст. ЧСС - 80 в минуту.

По органам без существенных изменений.

Данные лабораторного и инструментального исследования: глюкоза плазмы- 5,8 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л, в КАК -Нв-145 г/л, эр - $4.5 \times 10^{12}/л$. лейкоц - $9,9 \times 10^9/л$, сдвиг в сторону нейтрофилов, тромбоциты - $330 \times 10^9/л$, СОЭ - 15 мм/час.

17-ОНР - 0,3 нг/мл, ренин - 16,8 нг/мл, кортизол - 1027 нмоль/л, АКТГ - 13 пг/мл, тестостерон - 0,5 нг/мл, ДЭА-сульфат - 100 мкг/дл. УЗИ малого таза - без патологии. УЗИ надпочечников – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлено повышение уровня кортизола в крови?
3. Требуется ли Ваш взгляд лабораторное дообследование и если да, то какое?
4. Разделяете ли Вы мнение пациентки о причинах ухудшения состояния?
5. Каковы варианты дальнейшей заместительной терапии Вы можете предложить?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №035

На приеме ребенок 2 лет с родителями.

Данные анамнеза: ребенок от 3-й беременности (первые две закончились выкидышами на ранних сроках), родился в срок, с весом 4.100, длиной 53 см. Родители кавказской национальности. Определен фенотипически мужской пол, констатирована гипоспадия, -2 сторонний крипторхизм, тактика ведения избрана наблюдательная. Развитие по возрасту, в росте с 1 года несколько опережает сверстников. Последние полгода наблюдаются у невропатолога ввиду головных болей, проведено обследование головного мозга, сосудов шеи, исключена судорожная активность. На приеме невролога впервые измерено АД и выявлено его повышение до 150/100 мм рт ст. Отправлен на консультацию эндокринолога для исключения эндокринных причин гипертензии у ребенка.

Данные объективного статуса: рост - 104 см, вес- 20 кг. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, диффузно смуглые, сгущение пигментации в подмышечных областях, локтевых сгибах, ладонных складках, в области сосков. АД - 140/100 мм рт ст, ЧСС - 90 в минуту, ритмичные.

Половые органы: А-0, Р-0, F-0, V-0, ДП-2 см, ШП - 1 см, гипоспадия.

Мошонка пигментированная. складчатая. Яички в мошонке отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Даст ли в данном случае полезную информацию кариотипирование? Обоснуйте свое мнение.
3. Какое гормональное обследование вы назначите такому ребенку? Существует ли гормональный биохимический маркер, исследование которого позволит верифицировать диагноз?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какие инструментальные методы исследования позволят уточнить диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №035

На приеме пациентка 18 лет.

Данные анамнеза: обратилась в связи с задержками месячных до 2 мес., ростом волос на лице и теле, избытком веса, прогрессирующей прибавкой веса, стрии на животе и бедрах.

Симптомы начались с 14 после наступления менархе. В анамнезе госпитализация после дисфункционального маточного кровотечения в возрасте 16 лет, назначались гормональные препараты (Марвелон) для остановки кровотечения, рекомендовано обследование и лечение у эндокринолога. Последние 2 года отмечается прогрессирующая прибавка веса, около 2мес. заметила появление стрий на животе и бедрах.

У обеих бабушек по материнской линии сахарный диабет типа 2. У матери - «преддиабет». Данные объективного статуса: рост - 160 см, вес - 87,3 кг.

Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. На животе и бедрах короткие розовые стрии. На лице и груди - единичные элементы угревой сыпи.

Щ.ж.- не увеличена, эластична, узлов не пальпируется.

Рост концевых волос на верхней губе (2 балла), подбородке (2 балла), нижней части живота (2 балла), бедрах (2 балла), предплечьях и голених по 2 балла.

АД - 100/60 мм.рт.ст. , ЧСС - 80 уд/мин, ритмичные .

Данные предыдущего гормонального исследования: кортизол - 570 нмоль/л, АКТГ - 27 пг/мл, сахар крови натощак из пальца - 5.8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие клинические симптомы избыточной выработки андрогенов имеются у данной пациентки?

2. Какие заболевания необходимо дифференцировать у этой пациентки, учитывая данные предыдущих обследований?

3. Какое лабораторное обследование вы назначите пациентке для уточнения диагноза? Существуют ли условия для проведения обследования?

4. Как Вы расцените уровень сахара крови натощак и будете ли назначать дополнительные исследования для уточнения характера углеводного обмена?

5. Какое инструментальное исследование необходимо провести для подтверждения диагноза СПЯ?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №037

На приеме пациентка 20 лет.

Данные анамнеза: обратилась в связи с задержками месячных до 2 мес., ростом волос на лице и теле, избытком веса. Симптомы начались с 15 после наступления менархе. С детства имеется избыток веса. Данные объективного статуса: рост- 165 см, вес - 72,3 кг.

Телосложение правильное. Рост концевых волос на верхней губе (1 балл), подбородке (2 балла), верхней части живота (1 балл), нижней части живота (2 балла), бедрах (2 балла), предплечьях и голених по 2 балла. Данные предыдущего исследования: св. тестостерон - 5,1 пг/мл, ЛГ - 10,8 мМЕ/мл, ФСГ - 3,8 мМЕ/мл, пролактин - 320 мМЕ/мл, 17-ОН прогестерон - 2,5 нг/мл, эстрадиол - 58 пмоль/л, ТТГ - 1,8 мкМЕ/мл, сахар крови натощак - 4,8 ммоль/л, инсулин натощак - 25 МКМЕ/мл.

По данным УЗИ малого таза (проведено на 20-й день МЦ): матка уменьшена в размерах, м-эхо 5 мм, яичники объемом 12,1 и 10,6 см³, множественные, более 15 шт. фолликулы в эхосрезе 3-6 мм в диаметре, преимущественно с периферическим расположением. Доминантный фолликул, желтое тело отсутствуют в обоих яичниках. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявляется. УЗИ ЩЖ - без патологии. УЗИ надпочечников - без патологии.

Вопросы:

1. Как Вы можете прокомментировать данные гормонального исследования?

2. Интерпретируйте данные УЗИ малого таза у этой пациентки.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какое дообследование Вы назначите для уточнения диагноза?

5. Как Вы расцените уровень сахара крови натощак и будете ли назначать дополнительные исследования для уточнения характера углеводного обмена?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №038

На приеме пациентка 25 лет.

Данные анамнеза: обратилась в связи с задержками месячных, ростом волос на лице и теле, избытком веса в возрасте 18 лет. Симптомы начались с 15 лет, вскоре после наступления менархе. В анамнезе ожирение, нарушенная толерантность к глюкозе, дислипидемия, артериальная гипертензия. Обследована у гинеколога-эндокринолога, констатирован диагноз СПКЯ. Назначены контрацептивные препараты для лечения проявлений андрогенной дерматии (Джес, Ярина), которые принимает в течение 7 лет. Соблюдала диету, снизила вес на 15 кг. Планирует беременность.

Данные объективного статуса: рост- 165см, вес- 80,8кг.

Рост конечных волос на лице и теле сложно оценить -проведена эпиляция.

А/Д - 130/90 мм рт ст.

По данным УЗИ малого таза (проведено на 8-й день МЦ): матка нормальных размеров, м-эхо 2 мм. яичники объемом 5,5 и 5,6 см³, единичные (4-5) фолликулы в эхосрезах в каждом яичнике.

Вопросы:

1. Интерпретируйте данные УЗИ малого таза у этой пациентки.
2. Чем Вы объясните данную УЗ-картину яичников с учетом выставленного ранее диагноза?
3. Какое дообследование Вы назначите с учетом целей пациентки? Есть ли условия для проведения исследования?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?
5. Каков прогноз в отношении фертильности у данной пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 039

На приеме пациентка 26 лет.

Данные анамнеза: обратилась в возрасте 25 лет с основной жалобой на отсутствие беременностей в течение 2 лет. В анамнезе всегда регулярные месячные, менархе с 13 лет. Имеется небольшой избыток веса, гирсутизм 1 ст. На основании обследования врачом гинекологом-эндокринологом диагностирован СПКЯ. Проведено 2 курса стимуляции овуляции Кломифеном (кломистиллом), после которых беременности не наступило. Пациентка собирает документы для проведения ЭКО, в рамках чего обратилась к эндокринологу. Муж обследован, спермограмма без отклонений от нормы.

Данные объективного статуса: рост - 165 см, вес - 82,5 кг. Телосложение правильное. На шее, в подмышечных областях, на локтях нечеткие очаги пигментации бронзового цвета. Рост конечных волос на верхней губе (1 балл), подбородке (1 балл), верхней части живота (1 балл), нижней части живота (2 балла), бедрах (1 балл), предплечьях и голенях по 2 балла.

Данные предыдущего исследования: св. тестостерон - 4,8 нг/мл, ЛГ - 11,5 мМЕ/мл, ФСГ - 4,4 мМЕ/мл, пролактин - 286 мМЕ/мл, 17-ОН прогестерон - 1,8 нг/мл, глобулин связывающий половые гормоны (ГСПГ)- 32,5 нмоль/л, эстрадиол - 90 пмоль/л, ТГ - 1,4 ммММЕ/мл, кортизол- 455 нмоль/л, АКТГ- 12,6 пг/мл, сахарная кривая 5,5 ммоль/л натощак, 9,3 ммоль/л через 1 час после приема глюкозы, 8,1 ммоль/л через 2 часа после приема глюкозы, инсулин натощак - 23,6 мкМЕ/мл.

По данным УЗИ малого таза (проведено на 7-й день МЦ): матка нормальных размеров, м-эхо 5мм, яичники объемом 14,1 и 10,3 см³, множественные, более 12 шт. фолликулы в эхосрезах

3-6 мм в диаметре, преимущественно с периферическим расположением. Доминантный фолликул отсутствует в обоих яичниках.

УЗИ ЩЖ - без патологии.

УЗИ надпочечников - без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Как Вы можете прокомментировать данные гормонального исследования?
3. Интерпретируйте данные УЗИ малого таза у этой пациентки.
4. Какое лечение можно предложить, как альтернативу ЭКО для восстановления овуляции и фертильности у данной пациентки?
5. Какова основная патогенетическая цель консервативного лечения у данной пациентки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №040

Больной 25 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие, избыточную массу тела, снижение либидо, гинекомастию.

Данные анамнеза: наблюдался в возрасте 15 лет у эндокринолога с диагнозом задержка полового развития.

Данные объективного осмотра: о состоянии удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 28 кг/м², грудные железы представлены жировой тканью, железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: половые органы развиты правильно, яички в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера - 5 баллов, по шкале Таннера - 2 балла, объем яичек по орхидометру Прадера - 6 мл (правое и левое), лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера - 2 балла

В анализе эякулята- азооспермия. Данные обследования: пролактин - 536 мЕД/л, тестостерон - 2,1 нмоль/л, ЛГ - 32 мМЕ/мл, ФСГ - 45 мМЕ/мл Кариотипирование: кариотип 47XXY

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
5. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?
6. Изменится ли тактика лечения, если пациент планирует зачатие ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №041

Больной 25 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие, отсутствие либидо, отсутствие полового оволосения, отсутствие обоняния.

Данные анамнеза: наблюдался в возрасте 2 года с диагнозом крипторхизм и далее в 14 лет у эндокринолога с диагнозом задержка полового развития. Данные объективного осмотра: о состоянии удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 20 кг/м², при пальпации грудных желез железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: яички гипоплазированы и расположены в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера - 5 баллов, по шкале Таннера - 1 балл, лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера - 1балл.

В анализе эякулята- азооспермия. Данные обследования: пролактин - 256 мЕД/л, тестостерон - 1,9 нмоль/л, ЛГ - 0,8 мМЕ/мл, ФСГ _ 0.7 мМЕ/мл

УЗИ органов мошонки и малого таза: яички гипоплазированы, расположены в мошонке, объем 2мл правое и 2 мл левое, опухолевого процесса не обнаружено. Кариотипирование: кариотип 46 XY. МРТ гипоталамо-гипофизарной области: патологических образований не выявлено

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?
5. Изменится ли тактика лечения, если пациент планирует зачатие ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №042

Больной 29 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие

Данные анамнеза: у эндокринолога не наблюдался, в браке 6 лет, беременности у супруги не наступало при регулярной половой жизни в теч. 2-х лет без контрацепции

Данные объективного осмотра: о состоянии удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 20 кг/м², при пальпации грудных желез железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: яички расположены в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера - 5 баллов, по шкале Таннера - 5 баллов, лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера - 5 баллов. Объем яичек 15 мл правое и 15 мл левое.

В анализе эякулята- азооспермия. Данные обследования: пролактин - 256 мЕД/л, тестостерон - 16,9 нмоль/л, ЛГ - 4,8 мМЕ/мл, ФСГ - 16,7 мМЕ/мл

Кариотипирование: кариотип 46 XY

Молекулярное генетическое исследование методом ПЦР: выявлены микроделеции локусов гена AZF.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Какой прогноз лечения и какие дополнительные процедуры могут проводиться в рамках ЭКО?
5. Какие дополнительные методы исследования могут потребоваться в рамках проведения процедуры ЭКО с целью определения риска наследования заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №043

Больной 38 лет обратился к эндокринологу с жалобами на рост левой грудной железы.

Данные анамнеза: у эндокринолога не наблюдался, подобных изменений ранее не было, имеет 2-х детей. Симптомы развились 3 месяца назад после перенесенного стресса.

Данные объективного осмотра: о состоянии удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 35 кг/м², грудные железы представлены жировой тканью и железистой тканью с левой стороны. Диаметр железистой ткани примерно 2.5 см слева. При оценке половой системы: половые органы развиты правильно, яички в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера - 5 баллов, по шкале Таннера - 5 балла, объем яичек по орхидометру Прадера - 16 мл (правое и левое), лобковое

и подмышечное оволосение по шкале Таннера - 5 баллов. Стадия полового развития по Таннеру - 5.

В анализе эякулята: нормозооспермия

Данные обследования: пролактин - 567 мЕД/л, тестостерон - 10,8 нмоль/л, ЛГ - 2,5 мМЕ/мл, ФСГ - 4.3 мМЕ/мл, эстрадиол - 56 пг/мл.

Клинический и биохимический анализ крови - выявлено повышение уровня АЛТ до 110 ЕД/л. АСТ - 23 ЕД/л. остальные показатели без изменений.

Кариотипирование: кариотип 46XY

УЗИ грудных желез: истинная односторонняя гинекомастия, диаметр железистой ткани слева - 2.7 см, справа – нет, SRY, +

УЗИ органов мошонки, малого таза и брюшной полости: яички объемом 26 мл каждое расположены в мошонке, опухолей тестикул не обнаружено, опухолевого процесса в надпочечниках не обнаружено. Выявлены признаки стеатогепатита.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?
5. Изменится ли тактика лечения, если медикаментозная терапия оказалась не эффективной?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №044

Больной 28 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие, снижение либидо.

Данные анамнеза: наблюдался у эндокринолога с возраста 12 лет с диагнозом сахарный диабет 1-го типа аутоиммунного генеза, аутоиммунный тиреоидит. Получает интенсифицированную инсулинотерапию, левотироксин 150 мкг/сутки. В настоящее время сахарный диабет в состоянии компенсации (гликированный гемоглобин 5.8%). На фоне заместительной терапии левотироксином достигнут эутиреоз.

Данные объективного осмотра: о состоянии удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 28 кг/м², грудные железы представлены жировой тканью, железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: половые органы развиты правильно, яички в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера -5 баллов, по шкале Таннера - 5 балла, объем яичек по орхидометру Прадера - 10 мл (правое и левое), лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера - 5 баллов.

В анализе эякулята - олигозооспермия тяжелой степени (концентрация сперматозоидов 2 МЛн/мл)

Данные обследования: пролактин - 436 мЕД/л, тестостерон - 2,9 нмоль/л, ЛГ - 3 мМЕ/мл, Кариотипирование: кариотип 46XY

Иммунологическое исследование: выявлены антитела к стероид-продуцирующим тканям яичка

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?

5. Изменится ли тактика лечения, если пациент планирует зачатие ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №045

Больная 18 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на отсутствие месячных.

Данные анамнеза: у эндокринолога не наблюдалась, данное обращение - первичное

Данные объективного осмотра: о состоянии удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 21 кг/м², грудные железы развиты правильно по шкале Таннера - 5 баллов. При оценке половой системы: наружные половые органы развиты правильно по женскому типу, размер клитора 1 см, лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера - 1 балл, оволосение по шкале Ферримана-Галвея - 0 баллов.

Осмотр per vaginam: влагалище укорочено длиной 2 см, заканчивается слепо. Матка и яичники не пальпируются.

Данные обследования: пролактин - 436 мЕД/л, тестостерон - 45,4 нмоль/л, ЛГ - 3 мМЕ/мл, ФСГ - 24 мМЕ/мл, эстрадиол - 160 пг/мл. Кариотипирование: кариотип 46XY

УЗИ органов малого таза: матка, маточные трубы и яичники не определяются, выявлены гипоплазированные яички в области внутреннего пахового кольца объемом 12 мм каждое.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?
5. Изменится ли тактика лечения, если пациентка предъявляет жалобы на сексуальную дисгармонию вследствие невозможности проведения полноценного полового акта?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №046

Больной, Т. 37 лет, поступил в эндокринологическое отделение клиники с целью проведения гормонального обследования по поводу объемных образований в обоих надпочечниках.

Анамнез заболевания: отмечает ухудшение общего самочувствия в течение 6 мес., когда появились общая слабость, повышенная нервозность, ощущение учащенного сердцебиения, периодически возникающий дискомфорт в эпигастальной области. Месяц назад при проведении МСКТ органов брюшной полости: гиперваскулярные образований обоих надпочечников с кистозным компонентом - слева 46*37 мм. справа 25*27 мм. узи щитовидной железы: увеличенные шейные лимфоузлы и наличие узла в правой доле щитовидной железы (поданным проведенной ТАБ- нельзя исключить медулярный рак). В ан. крови - повышение уровня кальцитонина до 77.3 (при норме до 13 пг/мл).

При объективном осмотре: обращает на себя внимание психоэмоциональная лабильность, астеническое телосложение, дискомфорт при пальпации в эпигастальной области, наличие узла в правой доле щитовидной железы около 1 см в диаметре. Данные инструментально-лабораторного обследования:

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена типично. Общий объем 13 см³. Эхогенность обычная. Структура однородная. В правой доле лоцируется образование неправильной формы, неоднородной структуры, с анэхогенным компонентом, с петрификатами, размерами 12x9x11 мм, кровоток выраженный периферический и в центре. В левой доле аналогичное по структуре образование размерами 6x6x9 мм, с периферическим и центральным

кровоотоком. Периферические лимфоузлы не увеличены. В проекции паращитовидных желез образования не выявлены.

КТ органов брюшной полости: в теле и медиальной ножке правого надпочечника определяется образование размерами 32,7×25,8×34,6 мм, овальной формы, с четкими контурами. плотностью в нативную фазу +13 +30 НУ. В артериальную фазу отмечается интенсивное контрастное усиление в периферическом отделе (+148 НУ), с наличием гиподенсных зон +20 +35НУ. В паренхиматозную фазу денситометрическая плотность образования так же не равномерная +105 НУ - + 35НУ. В дистальных отделах латеральной ножки правого надпочечника визуализируется образование округлой формы, размерами 15,4×10,2 мм, относительно гомогенной структуры, накапливающее рентгенконтрастный препарат в артериальную и паренхиматозную фазы до +25+77НУ.

Левый надпочечник представлен патологическим образованием размерами 43×38,2×60 мм, с более выраженными гиподенсными зонами (вероятно за счет кровоизлияний и некроза). Характер накопления рентгенконтрастного препарата аналогичен образованию в правом надпочечнике.

Результаты лабораторного обследования: адреналин крови (фон)- 407 пг/мл (норма 0-100). норадреналин в крови (фон) - 1230 пг/мл (норма 0-600), метанефрин крови (фон)- 648 пг/мл (норма 0-90). норметанефрин крови (фон)- 585 пг/мл (норма 0-180 ,) метанефрин в моче - 878 мкг/сут (норма 0-60), норметанефрин в моче - 1107 мкг/сут (норма 0-120. адреналин в крови на фоне пробы с клофелином - 1147 пг/мл, норадреналин в крови на фоне пробы с клофелином - 4000 пг/мл, кортизол в 9.00 - 388 нмоль/л (норма 138-690). кортизол в 21.00- 159 м о л ь / л (норма 70-345), кортизол на фоне пробы с 1 мг лексаметазона - 79 нмоль/л, АКТГ - 16,4 пг/мл (норма <46), альдостерон - 61 пг/мл (норма 10-150), ренин - 50. пг/мл(норма 4.7-31 ,) кальцитонин - 170 пг/мл (норма 0-11), паратгормон - 35 пг/мл (норма до 65 пг/мл).

Вопросы:

1. О каком заболевании могут свидетельствовать данные изменения в анализах и визуализирующих исследованиях?
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести?
3. Предварительный план лечения пациента?
4. Какие вопросы при сборе семейного анамнеза необходимо уточнить?
5. У пациента есть сын 3 летнего возраста, показаны ли ему какие-либо обследования, если да, то- какие?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №047

Больной Л. 55 лет жалуется на похудание, общую слабость, особенно мышечную, снижение аппетита, тошноту, ноющую боль в надчревной области без четкой связи с характером принимаемой пищи, потемнение кожи, особенно лица, кистей, прогрессирующее исхудание появились | года назад. В прошлом болел туберкулезом легких. Выраженная общая слабость, в том числе мышечная. Снизилось до нормы артериальное давление, в связи с чем гипотензивные средства практически не принимает. Объективно. Рост - 170 см, масса тела - 64,5 кг. Кожа смуглая, цвета загара, пигментация более выражена на открытых участках тела. Пульс - 68 уд в 1 мин, ритмичный, средней величины. АД - 145/80 мм рт ст. левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка - 6 см, тоны сердца ослаблены, систолический шум над верхушкой, усиление II тона над аортой. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в надчревной области. Дополнительные исследования: общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы, глюкоза крови натощак - 4,55 ммоль/л. ЭКГ - ритм синусовый, правильный, снижение вольтаж зубцов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте диагноз.

3. Объясните вероятную причину нормализации артериального давления.
4. Составьте план дополнительных исследований для обоснования окончательного диагноза.
5. Какая информация может быть получена при эхографии надпочечников?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №048

Пациентка 42 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на слабость, жажду, полиурию, головную боль. Данные анамнеза: после родов год назад появилась слабость, жажда, полиурия, боли в эпигастрии, диспепсия и снижение массы тела. Появилась полиурия и жажда (выпивала до 4-х литров жидкости в день). Данные объективного обследования: Щитовидная железа не увеличена, эластичной консистенции, узлы не пальпируются. Клинически и лабораторно зутиреоз.

Данные лабораторного обследования: Сахар крови натощак -5.5 ммоль/л. Общий кальций - 2,58 (N - 2,05 -2,54) ммоль /л. Гиперкальциурия - 6,75 (N- 4,02-4,99) ммоль /сутки, ПТГ -202 (N - 16-87) пг/мл. В общем анализе мочи - рН -7,6, удельный вес - 1009, белка нет, в осадке - оксалаты. фосфаты.

Данные инструментального обследования: При рентгеновской остеоденситометрии выявлено снижение МПК в области шейки бедра (Т-критерий -2,5 SD) УЗИ почек - нефрокальциноз в виде гиперэхогенности пирамидок обеих почек. УЗИ щитовидной железы узел 3см в правой доле I Ж (3,2 × 1,75 × 2,03 пониженной эхогенности). УЗИ поджелудочной железы - уплотнение ткани, пониженной эхогенности, кисты в проекции тела и хвоста ПЖ. В остальном проведение УЗИ брюшной полости, почки и надпочечников патологии не выявило. Прицельный рентгеновский снимок турецкого седла - остеопороз спинки турецкого седла. Спиральная КТ с контрастом - выявлено образование 3,1 × 2,0 см позади нижней доли ЩЖ, справа - предположительно аденома ОЩЖ.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Какова цель лечения?
5. Какова может быть альтернативная тактика ведения пациентки при отказе пациентки от выбранного Вами метода лечения заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №049

Пациент 56 лет предъявляет жалобы на слабость, периодические судорожные подергивания мышц конечностей, боли за грудиной и в подложечной области; затруднение дыхания.

Данные анамнеза: Пациент перенес оперативное лечение 2 месяца назад по поводу папиллярного рака щитовидной железы, Проведена тотальная струмэктомия, принимает 100 мкг левотироксина натрия. Ухудшение самочувствия появилось 2 недели назад, когда возникли перечисленные выше жалобы. Данные объективного обследования. Рост 178 см, вес 92 кг (ИМТ- 29 кг/ м2). Распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу (ОТ -94 см). На шее послеоперационный рубец. Отмечается положительный симптом Труссо и симптом Хвостека .2 Пульс 82 ударов в 1 мин ритмичный, АД 140/85 мм рт. Со стороны внутренних органов - без отклонений от нормы. Данные лабораторного обследования: в биохимическом анализе крови уровень общего кальция в крови - 2,0 ммоль/л. (норма от 2,2 до 2,65 ммоль/л), уровень ионизированного кальция в крови - 1,09 ммоль/л. (норма от 1,13 до 1,31 ммоль/л). Уровень фосфора неорганического в крови - 1,32 ммоль/л. (норма от 0,87 до 1,45 ммоль/л). Т4 своб 9,2 пмоль/л (норма 11.5-23.0), ТГ - 11.2 мМЕ/л (норма 0.17-5.0).

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте основной диагноз.
2. Поставьте и сформулируйте сопутствующий диагноз.
3. Определите тактику лечения основного заболевания.
4. Определите тактику лечения сопутствующего заболевания.
5. Цель лечения основного и сопутствующего заболевания? Мониторинг каких исследований следует провести этому пациенту для оценки адекватности проводимой терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №050

Пациентка 40 лет, находилась в отделении гастроэнтерологии с жалобами на частые поносы, боли в животе, снижение веса, боли в спине.

Данные анамнеза: в течение нескольких лет отмечала плохое самочувствие, нарастание слабости, боли в спине, снижение веса на 4 кг, частый жидкий стул и периодические боли в животе.

Данные объективного обследования: Рост 161см, вес 58 кг (ИМТ 22,38). Щитовидная железа не увеличена, эластичной консистенции, узлов не определяется. Тремор пальцев рук отсутствует. Глазные симптомы отрицательные. Пульс 78 ударов в 1 мин ритмичный, АД 130/82 мм рт. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. В остальном со стороны внутренних органов - без отклонений от нормы.

Данные лабораторного обследования: При обследовании выявлена гипохромная анемия, гипокальциемия- уровень общего кальция в крови - 2,0 ммоль/л (норма от 2,2 до 2,65 ммоль/л), уровень ионизированного кальция в крови - 1.1 ммоль/л. (норма от 1.13 до 1,31 ммоль/л). Уровень паратормона в крови- 15,2 пмоль/л (норма от 2,35 - 11,54 пмоль/л).

Уровень фосфора неорганического в крови - 1,06 ммоль/л. (норма от 0,87 до 1,45 ммоль/л), креатинин крови 80 мкмоль/л, СКФ по формуле $СКД-EPF * 80 \text{ мл/мин/1.73м}^3$, повышение уровней антиглиадиновых антител (маркеры целиакии) Данные инструментального обследования: При рентгенологическом обследовании на рентгенограммах позвоночника признаки диффузного остеопороза, снижение высота тел позвонков в грудном и поясничном отделе. По данным денситометрии Z-критерий менее -25, в поясничном отделе позвоночника (низкая минеральная плотность кости для хронологического возраста), при ФГДС- признаки атрофического гастродуоденита

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Каковы причины изменений в костях?
3. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
4. Определите тактику лечения остеопороза
5. Какова цель лечения и мониторинг каких исследований следует провести этой пациентке при лечении основного заболевания?

5. КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.53 Эндокринология включает государственный экзамен, который проводится поэтапно:

- Практическая подготовка (I этап);
- Аттестационное тестирование (II этап);
- Собеседование (III этап).
-

Критерии оценки практической подготовки выпускника (I этап)

Результаты практической подготовки оцениваются следующим образом:

71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;

менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Результаты практической подготовки оцениваются следующим образом:

71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;

менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Критерии оценки результатов аттестационного тестирования обучающихся (II этап):

Результаты тестирования оцениваются следующим образом:

70% и более правильных ответов – «зачтено»;

менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Критерии оценки устного ответа на собеседовании (III этап)

Результаты этапа оцениваются по пятибалльной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»:

– оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала, умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения. Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.