

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Выберите ОДИН верный ответ.

- 1 ПРИ ПРОБЕ С ИНСУЛИНОМ, ПРОВЕДЕННОЙ В АКТИВНОЙ СТАДИИ АКРОМЕГАЛИИ, ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ ОТМЕЧАЕТСЯ
- А чрезмерное повышение уровня СТГ
 - Б умеренное снижение уровня СТГ
 - В значительное снижение уровня СТГ
 - Г умеренное повышение уровня СТГ
- 2 СЕКРЕЦИЮ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ПОДАВЛЯЕТ
- А серотонин
 - Б эстрогены
 - В глюкагон
 - Г соматостатин
- 3 ОПУХОЛЬ, СЕКРЕТИРУЮЩАЯ СТГ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ
- А в яичниках
 - Б в поджелудочной железе
 - В в гипофизе
 - Г в средостении
- 4 ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АКРОМЕГАЛИИ МОГУТ БЫТЬ
- А усиление сосудистого рисунка кожи
 - Б гипергидроз и жирная себорея
 - В гиперпигментация
 - Г акне
- 5 ПРИЧИНАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ МОГУТ БЫТЬ
- А гиперхолестеринемия
 - Б нарушение сердечного ритма
 - В артериальная гипотония
 - Г задержка натрия и воды
- 6 ЯВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ
- А гиперостоз внутренней пластины лобной кости
 - Б остеопороз поясничных позвонков
 - В остеопороз грудных позвонков

- Г истончение передних и задних клиновидных отростков
- 7 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА ПРИ СОМАТОТРОПИНОМЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
- А психологической подготовки
Б улучшения соматического статуса
В уменьшения размеров опухоли
Г нормализации артериального давления
- 8 ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АКРОМЕГАЛИИ МОЖЕТ БЫТЬ
- А гиперхолестеринемия первичная патология гипофиза
Б патология костно-мышечной системы
В остеопороз
Г первичная патология гипофиза
- 9 АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А злокачественная опухоль
Б микроаденома
В отсутствие эффекта от лучевой терапии
Г артериальная гипертензия
- 10 ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ
- А сахарный диабет
Б ночное апноэ
В гипергликемия
Г гипогликемия
- 11 СИНДРОМ НЕЛЬСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
- А высоким уровнем кортизола в крови
Б низким уровнем АКТГ в крови
В повышенной влажностью кожных покровов
Г хронической надпочечниковой недостаточностью
- 12 ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО
- А аносемия
Б гипергонадотропный гипогонадизм
В аутоиммунный тиреоидит
Г Гипогликемия
- 13 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО- КУШИНГА

- ЯВЛЯЕТСЯ
- А нейроинфекция
Б опухоль гипофиза
В опухоль надпочечника
Г опухоль легкого
- 14 ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ
- А пролактинома
Б кортикостерома
В базофильная аденома гипофиза
Г опухоль яичников
- 15 ОСОБЕННОСТЬЮ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ
- А инсулинорезистентность
Б склонность к кетоацидозу
В необходимость инсулинотерапии
Г гипогликемические состояния
- 16 ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО
- А уменьшение в объеме молочных желез
Б избыточное отложение жира в области лица, туловища
В повышенная влажность кожных покровов
Г артериальная гипотония
- 17 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОБУСЛОВЛЕНА
- А гиперхолестеринемией
Б снижением выделения ренина
В стенозом почечной артерии
Г нарушением центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса
- 18 В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТМЕЧАЕТСЯ
- А эозинофилия
Б тромбоцитопения
В полицитемия
Г лейкоцитопения
- 19 ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- А гипокалиемия
Б гиперкальциемия

- В гипонатриемия
Г гиперкальциемия
- 20 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КОСТНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЮТСЯ
- А переломы костей
Б ускорение дифференцировки и роста скелета
В деформация костей
Г переломы поясничных позвонков
- 21 ДЛЯ ЭКТОПИЧЕСКОГО АКТГ-СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО
- А очень высокий уровень АКТГ
Б повышение экскреции 17-ОКС
В гиперкалиемия
Г положительная большая дексаметазоновая проба
- 22 ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОВЫШЕННОЙ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- А повышенная влажность кожных покровов
Б похудание
В артериальная гипотония
Г стрии
- 23 ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТМЕЧАЕТСЯ
- А транзиторная артериальная гипертензия
Б равномерное распределение подкожного жирового слоя
В патологические переломы костей
Г усиление дифференцировки и роста скелета
- 24 ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА ОТМЕЧАЕТСЯ
- А повышение секреции ТТГ
Б повышение секреции ФСГ
В повышение секреции ЛГ
Г снижение секреции АКТГ
- 25 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ШИЕНА ВАЖНО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ
- А гипокортицизм
Б гипертиреоз
В гиперкортицизм
Г гипергликемия

- 26 ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В ПОРАЖЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ОРГАНОВ
- А слюнных желез
 - Б околощитовидных желез
 - В молочных желез
 - Г щитовидной железы
- 27 ГИПОФИЗАРНАЯ КОМА ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- А гипернатриемией и гипергликемией
 - Б тиреотоксическим кризом
 - В прогрессирующим гипокортицизмом и гипотиреозом
 - Г гипертермией и гипервозбудимостью
- 28 РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ СИММОНДСА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- А атонией кишечника
 - Б повышением аппетита
 - В усилением моторики желудочно-кишечного тракта
 - Г повышением желудочной секреции
- 29 НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А полиурией
 - Б гипергликемией
 - В гипоосмолярностью плазмы
 - Г артериальной гипотонией
- 30 ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А снижение объема мочи
 - Б снижение удельного веса мочи
 - В бактериурия
 - Г повышение удельного веса мочи
- 31 ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЧЕЧНОЙ ФОРМЫ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА И ДИАБЕТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
- А исследование функции почек
 - Б пробу с сухоедением
 - В проведение водной нагрузки
 - Г пробное назначение адиуретина

- 32 ДИАГНОЗ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ
- А определением рН крови
 - Б определением содержания калия
 - В определением уровня альдостерона
 - Г определением содержания натрия
- 33 РАЗВИТИЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ОТЕКОВ ПРИ ВТОРИЧНОМ АЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ СПОСОБСТВУЕТ
- А повышение активности ренин-ангиотензиновой системы
 - Б склероз почечных артериол
 - В никтурия
 - Г пиелонефрит
- 34 ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО АЛЬДОСТЕРОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:
- А отечный синдром
 - Б инфаркт миокарда
 - В гипотонический криз
 - Г гипертонический криз
- 35 ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА
- А в области кистей
 - Б в области коленных суставов
 - В на участках, подвергающихся трению
 - Г не является выраженной
- 36 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА
- А артериальная гипертония
 - Б гиперпигментация кожных покровов
 - В кардиалгии
 - Г судороги икроножных мышц
- 37 ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА
- А бессимптомным течением
 - Б внезапным молниеносным течением
 - В постепенным нарастанием симптоматики
 - Г наличием латентного периода
- 38 ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
- А содержания адреналина и норадреналина в суточной моче

- Б содержания альдостерона
В содержание дегидроэпиандростерона
Г содержание кортизола
- 39 ФЕОХРОМОЦИТОМА ПРОДУЦИРУЕТ
А кортизол
Б эстрон и эстрадиол
В адреналин, норадреналин и дофамин
Г тестостерон
- 40 КОРТИКОЭСТРОМА ПРОДУЦИРУЕТ
А адреналин
Б альдостерон
В эстрогены
Г глюкокортикоиды
- 41 ГЛЮКОСТЕРОМА ПРОДУЦИРУЕТ
А глюкокортикоиды
Б эстрогены
В адреналин
Г андрогены
- 42 ФЕОХРОМОЦИТОМА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
А в параганглиях по ходу брюшной аорты
Б в средостении
В в корковом веществе надпочечников
Г в мозговом веществе надпочечников
- 43 РАЗВИТИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ СПОСОБСТВУЕТ
А прием ингибиторов АПФ
Б пальпация опухоли
В вирусная инфекция
Г острая пища
- 44 СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ МЕТАНЕФРИНОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
А феохромоцитому
Б болезнь Аддисона
В гиперальдостеронизм
Г гиперкортицизм
- 45 ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

- ЯВЛЯЕТСЯ
- А феохромофитома
Б сахарный диабет
В болезнь Иценко-Кушинга
Г аутоиммунное поражение надпочечников
- 46 СИНДРОМ СИПЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
- А аденомы гипофиза
Б гипотиреоза
В медуллярного рака
Г гастриномы
- 47 СИНДРОМ ШМИДТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ
- А аддисоновой болезни и несахарного диабета
Б аддисоновой болезни и аутоиммунного тиреоидита
В аддисоновой болезни и сахарного диабета
Г аддисоновой болезни и снижения зрения
- 48 ПРИ СЛУЧАЙНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ В НАДПОЧЕЧНИКЕ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
- А пункционная биопсия образования надпочечника
Б определение суточной экскреции метанефрина и норметанефрина
В малая дексаметазоновая проба
Г определение суточной экскреции свободного кортизола с мочой
- 49 АДДИСОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- А отеками, сердечной недостаточностью
Б гипергликемией
В резкой дегидратацией, коллапсом, острой сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением функции почек, гипотермией
Г возбуждением, гипертермией, артериальной гипертензией
- 50 КРИЗ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А возбуждением, гипертермией, гиперреактивностью, тремором
Б гипертермией, эйфорией, гиперемией
В сопором
Г возбуждением, беспричинным страхом, гипертермией, бледностью кожных покровов
- 51 УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА

А1С, ВЫБРАННЫЙ ВОЗ В КАЧЕСТВЕ
ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ САХАРНОГО
ДИАБЕТА

- А 6,5%
- Б 6,0%
- В 5,5%
- Г 7,0%

52 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО
ДИАБЕТА

- А глюкоза плазмы натощак $>6,7$ ммоль/л
- Б глюкоза капиллярной крови натощак $>6,7$ ммоль/л
- В глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л
- Г глюкоза плазмы натощак $>8,0$ ммоль/л

53 НАРУШЕННАЯ ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ
КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ

- А $\geq 5,6$ ммоль/л, но $<6,1$ ммоль/л
- Б $>5,5$ ммоль/л
- В $>6,5$ ммоль/л
- Г $>7,0$ ммоль/л

54 ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ

- А при гликемии капиллярной крови натощак $> 7,0$ ммоль/л
- Б при гликемии капиллярной крови натощак $> 5,5$, но $\leq 6,7$ ммоль/л
- В при гликемии капиллярной крови натощак $> 6,1$ ммоль/л
- Г при гликемии капиллярной крови натощак $>5,5$, но $< 6,1$ ммоль/л

55 РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ,
КОТОРЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАРУШЕННОМ
ТЕСТЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ

- А натощак $>5,5$, после проведения теста $<11,1$ ммоль/л
- Б натощак $<6,1$, после проведения $\geq 7,8$, $< 11,1$ ммоль/л
- В натощак $>5,5$, после проведения теста - $7,5$ ммоль/л
- Г натощак $>5,0$, после проведения теста - $7,5$ ммоль/л

56 ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА
ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ МОГУТ
НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А инфекции
- Б синдроме Клайнфельтера
- В аутоиммунном тиреоидите

- Г артериальной гипотонии
- 57 НАРУШЕНИЮ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК
СООТВЕТСТВУЕТ ГЛИКЕМИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ
(ММОЛЬ/Л)
- А 3,3-5,5
Б <5,5 и >6,2
В >6,0 и <7,0
Г >5,6 и <6,1
- 58 НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ
ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО
ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А определение глюкозы в моче
Б определение фруктозамина
В определение гликемии натощак
Г исследование содержания глюкозы в ушной сере
- 59 ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА МОЖЕТ БЫТЬ
УСТАНОВЛЕН ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В
КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК (ММОЛЬ/Л)
- А $\geq 7,0$
Б $\geq 6,1$
В $\geq 5,5$
Г $> 6,0$
- 60 ГЛЮКОЗУРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
- А хронического гепатита
Б почечного диабета
В гипотиреоза
Г аутоиммунного тиреоидита
- 61 УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЧАЩЕ
ВСЕГО БЫВАЕТ
- А снижен при сахарном диабете 1 типа
Б значительно снижен при сахарном диабете 2 типа
В снижен при гестационном сахарном диабете
Г значительно повышен при панкреатогенном сахарном
диабете
- 62 АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ
ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А отсутствие эффекта от диетотерапии
Б хронический пиелонефрит

- В ишемическая болезнь сердца
Г кетоацидоз, диабетическая кетоацидотическая кома
- 63 АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ
А гипергликемия
Б гипогликемия
В появление на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения
Г гиперхолестеринемия
- 64 ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФАНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А сахарный диабет 2 типа
Б нарушенная толерантность к глюкозе
В сахарный диабет 1 типа
Г абдоминальное ожирение
- 65 РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СТАЛО ВОЗМОЖНЫМ, БЛАГОДАРЯ
А дозированной физической нагрузке
Б самоконтролю глюкозы во время беременности
В идеальной компенсации сахарного диабета до наступления беременности
Г гиполипидемической терапии
- 66 К ГРУППЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА ОТНОСЯТСЯ ЖЕНЩИНЫ, ИМЕЮЩИЕ
А рождение предыдущего ребенка с весом менее 3 кг
Б гестационный диабет в период предыдущей беременности
В возраст 20-25 лет
Г индекс массы тела 20 - 22 кг/м²
- 67 БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, НЕ ИМЕЮЩИМ ФАКТОРЫ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА, СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ НА
А 24-28 неделе
Б 14-23 неделе
В 29-32 неделе
Г 10-14 неделе
- 68 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА

- А глюкоза капиллярной крови натощак $> 6,1$ ммоль/л
Б глюкоза плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л
В глюкоза капиллярной крови через 2 часа после нагрузки 75 гр. глюкозы $\geq 11,1$ ммоль/л
Г глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л
- 69 ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
А снижение содержания свободных жирных кислот
Б повышение уровня общего холестерина
В повышение уровня липопротеидов низкой плотности
Г повышение уровня триглицеридов
- 70 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ
А утолщение базальной мембраны капилляров
Б лимфоидная инфильтрация эндотелия
В дегенеративные изменения соединительной ткани
Г истончение базальной мембраны капилляров
- 71 ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИВОДИТ К
А снижению вязкости крови
Б повышению активности полиолового пути утилизации глюкозы
В избыточному образованию оксида азота в эндотелии сосудов
Г замедлению процессов неферментативного гликозилирования белков
- 72 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ
А жировую инфильтрацию печени
Б цирроз печени
В хронический гепатит
Г первичный рак печени
- 73 АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ
А почек
Б коронарных
В селезенки
Г нижних конечностей
- 74 ДОЛГОСРОЧНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО

- ДИАБЕТА ОТРАЖАЕТ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО**
- А уровень глюкозы натощак
 - Б уровень гликозилированного гемоглобина
 - В уровень глюкозы через 2 часа после еды
 - Г суточный гликемический профиль в 6-8 точках
- 75 НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИОПАТИИ**
- А безболевая ишемия миокарда
 - Б постоянная тахикардия
 - В фиксированный сердечный ритм
 - Г ортостатическая гипотензия
- 76 МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ – ЭТО ЭКСКРЕЦИЯ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ В КОЛИЧЕСТВЕ**
- А более 300 мг/сут
 - Б менее 30 мг/сут
 - В 30-300 мг/сут
 - Г 20-200 мг/сут
- 77 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИИ ФАКТОРОМ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ**
- А детский возраст
 - Б пожилой возраст
 - В артериальная гипертензия
 - Г длительный прием НПВП
- 78 РАСЧЕТНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ СКФ ЯВЛЯЕТСЯ**
- А MDRD
 - Б проба Реберга-Тареева
 - В проба Нечипоренко
 - Г проба Зимницкого
- 79 СТАДИЯ ХБП ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЕЛИЧИНЕ**
- А протеинурии
 - Б скорости клубочковой фильтрации
 - В артериальной гипертензии
 - Г длительности заболевания
- 80 ЦЕЛЕВЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ**
- А АД менее 130/80 мм рт.ст.
 - Б АД менее 120/70 мм рт.ст.
 - В АД менее 140/80 мм рт.ст.
 - Г АД менее 110/60 мм рт.ст.

- 81 К ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
- А выраженная дегидратация
 - Б выраженная гипергликемия
 - В высокая осмолярность плазмы
 - Г кетоз
- 82 В ОТЛИЧИЕ ОТ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
- А неврологическая симптоматика
 - Б запах ацетона изо рта
 - В дыхание Куссмауля
 - Г ацетонурия
- 83 ДОМИНИРУЮЩИМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- А гипогликемия и инсулинорезистентность
 - Б гипогликемия и гиперинсулинемия
 - В гиперинсулинемия
 - Г инсулинорезистентность
- 84 ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А мерцательная аритмия
 - Б диффузный гипергидроз
 - В наджелудочковая тахикардия
 - Г потеря веса
- 85 АНТИТЕЛАМИ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ДТЗ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А антитела к тиреоглобулину
 - Б антитела к микросомальной фракции
 - В антитела к рецепторам ТТГ
 - Г антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD)
- 86 У ПАЦИЕНТКИ 25 ЛЕТ, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ
- А антитела к тиреоглобулину
 - Б ТТГ и св Т3
 - В ТТГ и антитела к тиреопероксидазе
 - Г ТТГ и св Т4
- 87 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
- А антитела к тиреопероксидазе

- Б антитела к рецепторам ТТГ
В антитела к тиреоглобулину
Г антитела к ретробульбарной клетчатке
- 88 ДЛ Я Д И А Г Н О С Т И К И Р А К А Щ И Т О В И Д Н О Й Ж Е Л Е З Ы
НА И БО Л Е Е И Н Ф О Р М А Т И В Н А
А компьютерная томография
Б пункционная биопсия под контролем УЗИ
В радиоизотопная сцинтиграфия
Г УЗИ щитовидной железы
- 89 В В Е Д Е Н И Е Т И Р Е О Л И Б Е Р И Н А В Ы З Ы В А Е Т У С И Л Е Н И Е
С Е К Р Е Ц И И
А СТГ
Б АКТГ
В пролактина
Г адреналина
- 90 С И Н Т Е З Т И Р Е О Т Р О П Н О Г О Г О Р М О Н А У С И Л И В А Е Т С Я
А избытком тироксина
Б тиреолиберином
В избытком трийодтиронина
Г монойодтиронином
- 91 П Р И О Б С Л Е Д О В А Н И И Щ И Т О В И Д Н О Й Ж Е Л Е З Ы
М И Н И М А Л Ь Н У Ю Л У Ч Е В У Ю Н А Г Р У З К У Д А Е Т
А УЗИ щитовидной железы
Б ангиография сосудов щитовидной железы
В компьютерная томография
Г радиоизотопная сцинтиграфия
- 92 Н А И БО Л Е Е В Ы С О К О Е С О Д Е Р Ж А Н И Е А Н Т И Т Е Л К
М И К Р О С О М А Л Ь Н О М У А Н Т И Г Е Н У О Т М Е Ч А Е Т С Я П Р И
А тиреотоксической аденоме
Б подостром тиреоидите
В аутоиммунном тиреоидите
Г раке щитовидной железы
- 93 Д Л Я П Р О В Е Д Е Н И Я П Р О Б Ы С Н А Г Р У З К О Й
Т Р И Й О Д Т И Р О Н И Н О М И С П О Л Ь З У Ю Т Д О З У
А 60 мкг
Б 200 мкг
В 50 мкг
Г 100 мкг
- 94 П Р О Б У С Т И Р Е О Л И Б Е Р И Н О М И С П О Л Ь З У Ю Т Д Л Я

- ДИАГНОСТИКИ
- А гипотиреоза
Б токсической аденомы
В диффузного токсического зоба
Г соматотропиномы
- 95 ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ
А папиллярного рака
Б токсической аденомы
В медуллярного рака
Г фолликулярного рака
- 96 У БЕРЕМЕННОЙ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ОБЩЕГО Т4 И ОБЩЕГО Т3 ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
А определение ТТГ
Б определение свободных Т3 и Т4
В определение антител к рецепторам ТТГ
Г определение антител к тиреопероксидазе
- 97 НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕМИССИИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА
А нормальный уровень антител к рецептору ТТГ
Б нормальный уровень ТТГ
В нормальный уровень свободных Т3 и Т4
Г нормальный уровень антител к тиреопероксидазе
- 98 ОСОБЕННОСТЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А секреция тироксина и трийодтиронина зависит от секреции ТТГ
Б секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ
В секреция тироксина зависит от секреции ТТГ
Г секреция тироксина автономна
- 99 ПРИ ВТОРИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ИМЕЕТ МЕСТО
А уменьшение секреции ТТГ
Б увеличение секреции ТТГ
В увеличение секреции тиреолиберина
Г снижение секреции тиреоглобулина
- 100 ПРИ ТРЕТИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ
А увеличение уровня ТТГ
Б повышение уровня тиреолиберина
В снижение базального уровня тиреолиберина
Г увеличение уровня пролактина

- 101 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ
ЯВЛЯЕТСЯ
- А осмотр
Б УЗИ щитовидной железы с пункционной биопсией
В пальпация
Г аускультация щитовидной железы
- 102 ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ
ТИРЕОИДИТЕ, КАК ПРАВИЛО
- А не нарушена
Б понижена
В повышена
Г меняется в соответствии с фазой заболевания
- 103 ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
ВСТРЕЧАЮТСЯ АНТИТЕЛА К
- А островковым клеткам поджелудочной железы
Б тиреоглобулину
В рецепторам ТТГ
Г тиреопероксидазе
- 104 ПРИ СЦИНТИГРАФИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ
АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО
- А «горячий» узел
Б «холодный» узел
В неравномерное поглощение радиофармпрепарата
Г отсутствие поглощения радиофармпрепарата
- 105 ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ
АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО
- А неравномерная плотность
Б гладкая эластическая консистенция
В каменистая плотность
Г болезненность
- 106 ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ЗОБ РИДЕЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А гигантоклеточными гранулемами
Б фиброзом и прорастанием капсулы щитовидной железы сосудами и
нервами
В инфильтрацией полиморфноядерными лейкоцитами
Г инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, клетками
Гюртле
- 107 ПРИ ФИБРОЗНОМ ТИРЕОИДИТЕ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ
ПАЛЬПАЦИИ
- А плотная и безболезненная

- Б плотная и болезненная
В горячая при пальпации
Г флюктуирует
- 108 ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ
А сниженный уровень ТТГ
Б нормальный уровень ТТГ
В сниженный уровень тиреоглобулина
Г повышенный уровень ТТГ
- 109 НА МЕТАСТАЗЫ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ПОСЛЕ
ТИРЕОИДЭКТОМИИ УКАЗЫВАЕТ
А увеличение уровня антител к тиреопероксидазе
Б субфебрильная температура
В увеличение уровня тиреоглобулина
Г увеличение уровня ТТГ
- 110 СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
ПРИ
А кисте щитовидной железы больших размеров
Б аутоиммунном тиреоидите
В многоузловом зобе
Г диффузном зобе
- 111 ДЕФИЦИТ ПАРАТГОРМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
ПОЯВЛЕНИЕМ
А жажды
Б повышенной температуры
В тонических судорог
Г повышенной судорожной активности головного мозга
- 112 ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ПРИВОДИТ К
А снижению секреции паратгормона
Б повышению ТТГ
В снижению АКТГ
Г повышению АКТГ
- 113 ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО
А снижение кальция в сыворотке крови
Б повышение кальция в сыворотке крови
В повышение фосфора в сыворотке крови
Г повышение кальция в сыворотке крови снижение активности щелочной фосфатазы
- 114 ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А нормальным уровнем паратгормона

- Б повышенным уровнем паратгормона
В сниженным уровнем паратгормона
Г повышенным уровнем кальция в крови
- 115 ДЛ‍Я ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО
А снижение уровня постпрандиальных триглицеридов
Б повышение ЛПВП
В снижение ЛПНП
Г повышение уровня холестерина и триглицеридов
- 116 МЕНОРРАГИИ – ЭТО
А увеличение продолжительности менструации
Б урежение менструаций
В болезненные и обильные менструации
Г ациклические маточные кровотечения
- 117 ОСНОВНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
А утолщение и склероз белочной оболочки яичников
Б гиперплазия стромы яичников
В гипоплазия эндометрия
Г гипоплазия тека-клеток
- 118 СОДЕРЖАНИЕ АНДРОГЕНОВ В КРОВИ ОТРАЖАЕТ
КОНЦЕНТРАЦИЯ
А свободного тестостерона
Б андростендиона
В общего тестостерона
Г прогестерона
- 119 ДЛ‍Я СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРНО
А женский генотип
Б нормальный менструальный цикл
В мужской фенотип
Г мужской генотип
- 120 В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОТНОСИТЕЛЬНО
ПОВЫШЕН
А прогестерон
Б эстрадиол
В тестостерон
Г пролактин
- 121 ЛЮТЕИНОВАЯ ФАЗА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А ростом и развитием фолликулов
Б секрецией прогестерона
В низкой базальной температурой
Г секрецией эстрогенов

- 122 ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
- А снижение уровня пролактина
 - Б повышение концентрации ФСГ
 - В снижение уровня тестостерона
 - Г повышение концентрации ЛГ
- 123 УКАЖИТЕ ГОРМОН, СЕКРЕЦИЯ КОТОРОГО ИНГИБИРУЕТСЯ ПРИ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В КРОВИ ЭСТРОГЕНОВ
- А прогестерон
 - Б АКТГ
 - В ФСГ
 - Г ЛГ
- 124 ГИНЕКОМАСТИЯ – ЭТО
- А увеличение ткани молочной железы у женщин
 - Б наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин
 - В замещение ткани грудной железы у мужчин на жировую ткань
 - Г деформация молочных желез у женщин
- 125 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
- А 21-35 дней
 - Б 28-40 дней
 - В 28-29 дней
 - Г 14-28 дней
- 126 КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- А стрессовой ситуации
 - Б нарушенном менструальном цикле
 - В ожирении
 - Г менопаузе
- 127 НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИПОГОНАДИЗМА РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРИОД
- А внутриутробный
 - Б пубертата
 - В препубертата
 - Г постпубертата
- 128 У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА СПЕРМОГРАММА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А олигозооспермией
 - Б некроспермией
 - В нормальной спермограммой
 - Г азооспермией

- 129 ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ПРИВОДИТ К
А снижению секреции паратгормона
Б повышению ТТГ
В повышению Т4
Г повышению АКТГ
- 130 ОСНОВНОЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КАЛЬЦИТОНИНА
А синтез паратгормона
Б ингибирование остеокластов
В ингибирование остеобластов
Г ингибирование витамина Д
- 131 ПАРАТГОРМОН РЕГУЛИРУЕТ
А синтез ТТГ
Б синтез инсулина
В выход кальция и фосфора из кости
Г синтез витамина Д
- 132 СНИЖЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧАЩЕ ВСЕГО
ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
А сахарном диабете
Б ожирении
В хронических неспецифических заболеваниях легких
Г хроническом холецистите
- 133 ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕШАЮЩЕЕ
ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А генетическая предрасположенность и исходная плотность костной
ткани
Б снижение овариальной функции в течение жизни
В прекращение овариальной функции в менопаузе
Г снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
- 134 У ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ
ПОКАЗАНО
А лучевая терапия
Б хирургическое лечение
В применение препарата достинекс
Г сочетанная лучевая и медикаментозная терапия
- 135 НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ АКРОМЕГАЛИИ
КОРРИГИРУЮТСЯ
А инсулинотерапией
Б специфической терапией основного заболевания
В приемом метформина

- Г диетой с пониженным содержанием легкоусвояемых углеводов
- 136 ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ
- А электролитно-стероидная кардиопатия
Б прогрессирующее похудание
В высокий уровень кортизола в крови
Г неэффективность консервативной терапии
- 137 НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА
- А хирургическая аденомэктомия удаление двух надпочечников
Б удаление одного надпочечника
В хирургическая аденомэктомия
Г аутотрансплантация коры надпочечников
- 138 ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КУПИРУЕТСЯ
- А альфа-адреноблокаторами
Б нитратами
В ингибиторами АПФ
Г блокаторами кальциевых каналов
- 139 ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ИНСУЛИН СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ
- А уменьшение дозы инсулина
Б увеличение дозы инсулина
В антигистаминную и кортикостероидную терапию
Г пероральную сахароснижающую терапию
- 140 ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ИНСУЛИНОВЫХ ЛИПОДИСТРОФИЙ ОБУСЛОВЛЕНО
- А качеством препаратов инсулина
Б декомпенсацией сахарного диабета
В попаданием инсулиновой иглы в кровь
Г гипогликемией
- 141 К РАЗВИТИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
- А повышение физической активности
Б курение
В злоупотребление жирной пищей
Г гиподинамия
- 142 ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ
- А внутривенным вливанием глюкозы
Б употреблением алкоголя

- В приемом бета-блокаторов
Г введением инсулина
- 143 НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ
А назначение ангиопротекторов
Б лазерная фотокоагуляция
В нормализация гликемического контроля
Г склеротерапия
- 144 ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ
А ингибиторы АПФ
Б диуретики
В селективные бета-блокаторы
Г селективные альфа-блокаторы
- 145 ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ НА СТАДИИ ХБП
А ХБП 2ст
Б ХБП 4ст
В ХБП 3ст
Г ХБП 5ст
- 146 ТИАЗИДНЫЕ ДИУРЕТИКИ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ХБП
А 1 стадии
Б 3 стадии
В 2 стадии
Г 5 стадии
- 147 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ
А фенофибрат
Б омега 3-полиненасыщенные жирные кислоты
В аторвастатин
Г симвастатин
- 148 ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ХБП, НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
А <7,0%
Б <6,5%
В <10%
Г >6,5%
- 149 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХБП 5 СТ. ЯВЛЯЕТСЯ

- А преднизолон
Б эритропоэтин
В фолиевая кислота
Г сорбифер
- 150 ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ПОДДЕРЖИВАТЬ У БОЛЬНЫХ ХБП 5 СТ.
- А >130 г/л
Б 125-145 г/л
В 105-125 г/л
Г >90 г/л
- 151 МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПОСТУПЛЕНИЕ С ПИЩЕЙ
- А 0,6 г белка/кг массы тела в сутки
Б 1,0 г белка/кг массы тела в сутки
В 0,8 г белка/кг массы тела в сутки
Г 1,2 г белка/кг массы тела в сутки
- 152 КЕТОСТЕРИЛ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ
- А 1 таблетка на 5 кг массы тела
Б по 1 капсуле 3 раза в день
В по 2 капсулы 3 раза в день
Г 3 капсулы утром натощак
- 153 К УМЕНЬШЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПРИВОДИТ
- А назначение комбинированной терапии инсулином и пероральным сахароснижающим препаратом
Б назначение инсулинотерапии при гликемии выше 13,0 ммоль/л
В безотлагательный перевод всех пациентов на инсулинотерапию
Г назначение комбинированной терапии производными сульфаниламочевина и метформином
- 154 ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ ПРОВОДИТЬ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ:
- А реополиглюкина
Б 5% раствора глюкозы
В изотонического раствора хлорида натрия
Г гемодеза
- 155 В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ ОТСУТСТВИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ЖИДКОСТЬ В ОБЪЕМЕ
- А 4-6 литра
Б 2 литра

- В 1 литр
Г 5% массы тела
- 156 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВКЛЮЧАЕТ
- А п/к введение 1 мл глюкагона
Б в/в струйное введение 40% глюкозы в количестве 20-100 мл
В в/в капельное введение 5% раствора глюкозы
Г прием легкоусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ
- 157 ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ
- А сердечные гликозиды
Б β -блокаторы
В диуретики
Г ингибиторы АПФ
- 158 ПРЕПАРАТАМИ, МАСКИРУЮЩИМИ ГИПОГЛИКЕМИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ
- А бисопролол
Б периндоприл
В индопамид
Г нифедипин
- 159 ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ В-БЛОКАТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- А сочетание артериальной гипертензии с застойной сердечной недостаточностью
Б сочетание артериальной гипертензии с заболеваниями периферических артерий
В трансмуральный инфаркт миокарда в анамнезе
Г сочетание артериальной гипертензии с обструктивными заболеваниями бронхов
- 160 НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ
- А β -адреноблокаторы
Б диуретики
В ингибиторы АПФ
Г α -адреноблокаторы
- 161 У БОЛЬНОГО С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ БЕЗ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛ НАЗНАЧАЮТ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ
- А 2,5 мг
Б 5 мг

- В 10 мг
Г 20 мг
- 162 ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ИНГИБИТОРОВ АПФ
А вазомоторный ринит
Б отек лодыжек
В тахикардия
Г сухой кашель
- 163 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А тиреокOMB
Б тиреотом
В тиреоидин
Г тироксин
- 164 В ЙОДДЕФИЦИТНОЙ МЕСТНОСТИ ЛЕЧЕБНУЮ ДОЗУ ЙОДА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
А при узловом зобе и эутиреозе
Б при диффузном увеличении щитовидной железы II степени и субклиническом гипотиреозе
В при диффузном увеличении щитовидной железы II степени и эутиреозе
Г при многоузловом зобе больших размеров и эутиреозе
- 165 ЛЕВОТИРОКСИН ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ
А лечения гипотиреоза
Б профилактики гипотиреоза
В профилактики узлообразования в щитовидной железе
Г иммунокоррекции
- 166 МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА
А антибиотикотерапия
Б хирургическое лечение
В лечение глюкокортикоидами
Г лечение пропилтиоурацилом
- 167 ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА НАЗНАЧАЮТ
А глюкокортикоиды и мерказолил
Б аспирин и мерказолил
В антибиотики и аспирин
Г бета-блокаторы и глюкокортикоиды
- 168 ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ТИРОЗОЛА

- СОСТАВЛЯЕТ
- А 10 мг
Б 20 мг
В 30-40 мг
Г 15 мг
- 169 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ТИРОЗОЛОМ ПРИ ДТЗ СОСТАВЛЯЕТ
- А 12-18 мес.
Б 19-24 мес.
В 4-6 мес.
Г 12 мес.
- 170 ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ:
- А 100-150 мкг
Б 75-100 мкг
В 200-300 мкг
Г 150-200 мкг
- 171 ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЖИДКОСТИ И ЭЛЕКТРОЛИТОВ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ
- А коррекцию К следует проводить только при гипокалиемии
Б коррекцию К следует начинать при нормокалиемии
В восстановление дефицита жидкости должно проводиться интенсивно
Г коррекцию К следует проводить после коррекции гипергликемии
- 172 ТЕРАПИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- А оперативном удалении опухоли
Б химиотерапии
В консервативном лечении кризов
Г наблюдении эндокринолога
- 173 ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ КУПИРУЕТСЯ
- А α -адреноблокаторами
Б нитратами
В ингибиторами АПФ
Г блокаторами кальциевых каналов
- 174 ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО НЕВРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А большие дозы андрогенов
Б сочетанное назначение эстрогенов и андрогенов
В заместительная гормональная терапия прогестерон или его синтетический аналог

- Г заместительная гормональная терапия
- 175 ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ
- А эстрогены
Б аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона
В андрогены
Г бромкриптин
- 176 ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ АНДРОГАНИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ
- А эстрогены
Б даназол
В глюкокортикоиды
Г комбинированные эстроген-гестагеновые препараты
- 177 ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А операция на яичниках
Б эстроген-гестагенные препараты
В комбинированное лечение (оперативное, консервативное)
Г диетотерапия
- 178 ОСТЕОБЛАСТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ
- А остеоцита
Б хондроцита
В остеокласта
Г преостекласта
- 179 ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
- А повышение прозрачности костной ткани
Б понижение прозрачности костной ткани
В гиперостоз костей черепа
Г повышение отложения солей
- 180 РАНЬШЕ ВСЕГО КОСТНАЯ ТКАНЬ СНИЖАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКАХ СКЕЛЕТА
- А позвоночник
Б голень
В предплечье
Г тазобедренный сустав
- 181 СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
- А аспирин

- Б препаратов витамина Д
В диуретиков
Г антибактериальных препаратов
- 182 ТОЧКОЙ ПРИЛОЖЕНИЯ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ
А остеокласты
Б остеобласты
В остециты
Г костная матрица
- 183 ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ
А гипотиреоз
Б длительный прием антибиотиков
В менопауза
Г артериальная гипертензия
- 184 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЛЯ ОСТРОГО ТИРЕОИДИТА
А не требуется
Б требуется
В в течение 6 месяцев
Г в течение 2 лет
- 185 ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ ЗАВИСИТ ОТ
А дозировки тиреоидных препаратов
Б уровня ТТГ, Т3, Т4
В степени тяжести гипотиреоза
Г уровня основного обмена
- 186 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ПОДОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ
А пожизненное
Б 2 месяца
В 1 год
Г 2 года
- 187 ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой
Б тест-полоски для определения глюкозы в крови
В определение гликемии только натощак
Г определение гликозилированного гемоглобина

- 188 САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ
А определение гликемии, глюкозурии, кетонурии
Б определение билирубина
В определение холестерина
Г анализ мочи общий
- 189 ОВОЩИ И ФРУКТЫ СОДЕРЖАТ
А ксилит
Б сорбит
В клетчатку
Г жиры
- 190 ДОБАВЛЕНИЕ В РАЦИОН БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПИЩЕВОЙ КЛЕТЧАТКИ СПОСОБСТВУЕТ
А повышению АД
Б снижению базальной и постпрандиальной гипергликемии
В повышению холестерина
Г возникновению запоров
- 191 ФРУКТОЗА, СОДЕРЖАЩАЯСЯ ВО ФРУКТАХ И ЯГОДАХ
А не обладает гипохолестеринемическим действием
Б ухудшает течение сахарного диабета
В обладает антикетогенным действием
Г повышает АД
- 192 ЗАМЕНИТЕЛИ САХАРА ОБЛАДАЮТ
А антикетогенным действием
Б гипергликемическим действием
В уменьшает содержание сахара в моче
Г улучшают сердечную деятельность
- 193 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА РЕКОМЕНДУЮТСЯ
А глюкокортикоиды
Б препараты йода
В витамины
Г анаболики
- 194 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАДИАЦИОННОГО ТИРЕОИДИТА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
А йодистый калий
Б тиамазол
В пропицил
Г перхлорат калия
- 195 В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВОЛЮЦИОННОГО ОСТЕОПОРОЗА

- НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- А назначение эстрогенсодержащих препаратов
- Б прием витамина Д
- В увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция
- Г прием препаратов кальция с момента установления менопаузы
- 196 ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
- А данные о медицинских кадрах лечебно-профилактических учреждений
- Б здоровье населения
- В данные о деятельности среднего медицинского персонала
- Г достоверность результатов клинических исследований
- 197 ДЛЯ АНАЛИЗА ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- А метод социометрических измерений
- Б статистический метод
- В метод медико-экономического анализа
- Г метод экспертных оценок
- 198 ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЕДИНИЦЕЙ НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А каждый случай госпитализации
- Б каждый случай обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение
- В каждое обращение по поводу обострения хронического заболевания в данном году
- Г каждый случай первого в данном году обращения по поводу данного заболевания или отравления
- 199 УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ИМЕЮЩЕЙ СТАТИСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- А листок временной нетрудоспособности, выданный за период госпитализации
- Б статистическая карта выбывшего из стационара
- В медицинская карта стационарного больного
- Г амбулаторная карта
- 200 К ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
- А определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ
- Б определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
- В оценка степени квалификации медицинского персонала
- Г выдача больничных документов на право заниматься определенным

видом лечебно-профилактической деятельности в системе
медицинского страхования