

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

На заседании

Учебно-методического совета

«02» 03 2022 года, протокол № 6

Проректор по учебной работе,

Председатель Учебно-методического совета

д.м.н., профессор В.И. Орел



СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому и  
дополнительному

профессиональному образованию,

д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ  
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»**  
для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования  
(программам ординатуры) по специальности  
**31.08.53 – «Эндокринология»**

уровень подготовки кадров высшей квалификации  
**Нормативный срок обучения – 2 года**

Форма обучения  
**очная**

Санкт-Петербург  
2022 г.

## 1. Требования к результатам освоения программы практики

### В результате освоения программы практики ординатор должен

#### знать:

- порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы;
- стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях эндокринной системы;
- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими эндокринной системы;
- методика сбора информации у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы и их законных представителей;
- методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы;
- современные классификации, включая МКБ, симптомы и синдромы заболеваний эндокринной системы;
- методы клинической и параклинической диагностики заболеваний эндокринной системы;
- клиническая картина, особенности течения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы;
- медицинские показания, ограничения и медицинские противопоказания к использованию современных методов инструментальной и лабораторной диагностики у взрослых и детей с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы;
- симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур;
- методы применения лекарственных препаратов у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы;
- правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "эндокринология", в том числе в форме электронного документа;
- должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "эндокринология";
- принципы организации профилактических осмотров среди взрослых различных возрастных групп (осмотр, направление к специалистам, на лабораторное исследование и инструментальное обследование);
- методы проведения научных исследований;
- основные приемы и принципы планирования и протоколирования научных исследований Стили делового общения в устной и письменной формах;
- современные программные продукты для создания презентаций;
- программные продукты для создания интерактивных презентаций, тестов и опросов;
- онлайн-платформы для создания вебинаров, онлайн-демонстраций;

- правила безопасности при работе с информацией;
- специальное программное обеспечение для планирования и контроля командной работы;
- методики создания баз данных с учетом защиты персональных данных;
- методы статистического анализа и обработки информации;
- основные принципы подготовки и представления научных докладов, подготовки и оформления научной публикации;

**уметь:**

- осуществлять сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы, интерпретировать и анализировать полученную информацию;
- оценивать анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в целях выявления экстренных и неотложных состояний;
- использовать методики обследования и оценки состояния жизненно важных систем и органов организма человека с учетом возрастных, половых, расовых анатомо-функциональных особенностей;
- проводить интерпретацию и клиническую оценку результатов лабораторных исследований и инструментальных обследований (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки в прямой и боковых проекциях, ангиография, коронарография, исследование функции внешнего дыхания, клинический и биохимический анализ крови, газы крови, коагулограмма, анализ мочи);
- использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы;
- выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур;
- разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими 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;
- заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа;
- использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну;
- проводить работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- планировать, организовать самостоятельный исследовательский процесс, участвовать в реализации части командной исследовательской работы;
- применять на практике основные положения по планированию и организации научных исследований;
- проводить научные исследования;
- докладывать результаты исследования в печатной и устной форме;
- создавать презентацию проекта;

**владеть навыками:**

- сбора анамнеза, жалоб и проведение осмотра пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы;
- постановки и обоснования диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- интерпретации результатов осмотров врачами-специалистами, лабораторных исследований и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы, в том числе с применением специального программного обеспечения;
- разработки плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими 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;
- оценки результатов медицинских вмешательств у пациентов с эндокринной заболеваниями и (или) патологическими состояниями;
- назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и немедикаментозной терапии пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями эндокринной системы, оценка эффективности и безопасности их применения;
- 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;
- проведения работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну;
- соблюдения правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда;
- осуществления диспансерного наблюдения пациентов;
- навыком проектирования научно-исследовательской деятельности;
- технологиями поиска информации в информационных системах, ее хранения и систематизации;
- основами работы с базами данных;
- основами работы с программами для создания онлайн-форм, опросов и тестов;
- основами работы в программах статистического анализа;
- применять на практике основные положения по планированию и организации научных исследований;
- работы с текстовыми редакторами, программами для создания презентаций.

**2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.29  
«Гематология»**

Номер/ индекс компе- тенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			Оценоч- ные средства
		Знать	Уметь	Владеть	
<b>Универсальные компетенции</b>					
<b>УК-1</b>	способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	- методические рекомендации в области диабетологии и эндокринологии, данные о заболеваемости эндокринными болезнями, реестр шифров эндокринных болезней	- пользоваться профессиональными источниками информации; - анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома (ов) – к диагнозу)	- технологией сравнительного анализа; - дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
<b>УК-2</b>	способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	- этапы разработки и реализации проекта; - методы разработки и управления проектами; - виды ресурсов и ограничений для решения профессиональных задач; - основные методы оценки разных способов решения задач; - действующее законодательство и правовые нормы, регулирующие профессиональную деятельность	- разрабатывать проект с учетом анализа альтернативных вариантов его реализации, определять целевые этапы, основные направления работ; - объяснить цели и сформулировать задачи, связанные с подготовкой и реализацией проекта; - управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла; - проводить анализ поставленной цели и формулировать задачи, которые необходимо решить для ее достижения; - использовать нормативно-правовую документацию в сфере профессиональной деятельности	- методиками разработки цели и задач проекта; - методами оценки потребности в ресурсах, продолжительности и стоимости проекта; - навыками выполнения задач, контроля выполнения результатов и коррекции реализации задачи в соответствии с планом	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
<b>УК-4</b>	способен выстраивать	-принципы построения устного и	-выстраивать эффективную	-коммуникативными навыками	Тесты,

	взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	письменного высказывания; – принципы коммуникации в профессиональной этике	коммуникацию с коллегами в процессе профессионального взаимодействия; – применять полученные знания и навыки коммуникативного общения в практической деятельности	необходимыми для реализации задачи делового общения в зависимости от условий и ситуации с целью получения необходимого результата	вопросы, ситуационные задачи
<b>Общепрофессиональные компетенции</b>					
<b>ОПК-1</b>	способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	<ul style="list-style-type: none"> <li>- способы и методы работы с профессиональной информацией;</li> <li>- структуру, виды, формы, механизмы общения как процесса коммуникации;</li> <li>- современные программные продукты для создания презентаций;</li> <li>- программные продукты для создания интерактивных презентаций, тестов и опросов;</li> <li>- онлайн-платформы для создания вебинаров, онлайн-демонстраций.</li> <li>- правила безопасности при работе с информацией</li> <li>- специальное программное обеспечения для планирования и контроля командной работы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выбирать коммуникативно приемлемые стили делового общения и невербальные средства взаимодействия с коллегами и больными;</li> <li>- использовать информационно-коммуникационные технологии в процессе решения различных коммуникативных задач;</li> <li>- использовать современное программное обеспечение для создания презентаций</li> <li>- создавать, планировать, контролировать и распределять работу с помощью специальных приложений для организации командной работы;</li> <li>- создавать онлайн тесты, опросы, организовывать сбор отдаленного анамнеза с помощью веб-форм.</li> <li>- проводить онлайн-презентации и вебинары;</li> <li>- соблюдать правила безопасности данных при профессиональном общении</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-навыками работы в сети Интернет;</li> <li>- навыками создания презентаций,</li> <li>- навыками создания онлайн тестов, опросов и веб-форм для сбора отдаленного анамнеза;</li> <li>- навыками работы с онлайн-досками, программами для профессионального общения и командной работы онлайн,</li> <li>- навыками безопасной работы в сети, управления персональными данными</li> </ul>	Тесты, вопросы, ситуационные задачи
<b>ОПК-4</b>	способен проводить клиническую диагностику и обследование	– стандарты первичной специализированной медико-	– осуществлять сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных	– сбор анамнеза, жалоб и проведение осмотра пациентов с заболеваниями	Тесты, вопросы,

	пациентов	<p>санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях системы крови;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови;</li> <li>- методика сбора информации у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови и их законных представителей;</li> <li>- методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови;</li> <li>- этиология и патогенез заболеваний и (или) патологических состояний системы крови;</li> <li>- современные классификации, включая МКБ, симптомы и синдромы заболеваний системы крови</li> </ul>	<p>представителей) с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови, интерпретировать и анализировать полученную информацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оценивать анатомо-функциональное состояние системы крови в целях выявления экстренных и неотложных состояний;</li> <li>- использовать методики обследования и оценки состояния жизненно важных систем и органов организма человека с учетом возрастных, половых, расовых анатомо-функциональных особенностей</li> </ul>	<p>и (или) патологическими состояниями системы крови;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- направление пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови на инструментальное обследование и лабораторное исследование, на консультацию к врачам-специалистам;</li> <li>- постановка и обоснование диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);</li> <li>- интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами, лабораторных исследований и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями системы крови</li> </ul>	<p>ситуационные задачи, контроль практических навыков</p>
<b>ОПК-5</b>	способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	-принципы и методы оказания - первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе патогенетической,	-составить план лечения пациента с учетом возраста и пола, особенностей клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,	-принципами применения клинических рекомендаций, протоколов и современных методов лечения заболеваний	Тесты, вопросы, ситуационные задачи, контроль

		симптоматической и паллиативной терапии	клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи –разработать обоснованную схему этиотропной, патогенетической, симптоматической терапии, проводить комплексное лечение		практических навыков
<b>Профессиональные компетенции</b>					
<b>ПК-4</b>	способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	<ul style="list-style-type: none"> <li>- теорию и методологию научного исследования;</li> <li>- основные приемы разработки научно-исследовательской работы;</li> <li>- основные понятия, идеи, методы научных исследований;</li> <li>- основные научные подходы к исследуемому материалу;</li> <li>- классические и современные методы решения задач по выбранной тематике научного исследования;</li> <li>- новые научные результаты, связанные с тематикой научно-исследовательской работы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сформулировать задачи научно-исследовательской работы для достижения поставленной цели;</li> <li>- выделять и систематизировать основные идеи в научных текстах;</li> <li>- критически оценивать поступающую информацию;</li> <li>- использовать теоретические методы в решении прикладных задач;</li> <li>- составлять научные обзоры, рефераты и библиографии по тематике проводимых научных исследований</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- умением анализировать, проектировать и организовывать научно-исследовательскую работу для достижения поставленной цели;</li> <li>- навыками сбора, обработки, анализа и систематизации информации по теме исследования;</li> <li>- навыками выбора методов и средств решения задач исследования;</li> <li>- навыками проведения научных исследований</li> </ul>	Тесты, вопросы, ситуационные задачи

### 3. Соответствие формируемых компетенций задачам освоения программы практики

Компетенции	Результаты освоения программы практики			
	Методология и планирование научного исследования в эндокринологии	Сбор, обобщение и первичный анализ биомедицинских данных	Статистическая обработка биомедицинских данных и формирование выводов по ним	Оформление, публикация и презентация результатов научной работы
УК-1	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+
УК-4		+	+	+
ОПК-1	+	+	+	+
ОПК-4		+		
ОПК-5		+		
ПК-4	+	+	+	+

### 4. БАЗЫ ПРАКТИКИ

Практика проводится на базе отделений Клиники СПб ГПМУ, лечебных и диагностических подразделений СПб ГПМУ, а также на базах медицинских организаций на основании договора о практической подготовке обучающихся:

Список баз:

1. СПб ГБУЗ "Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы"
2. СПб ГБУЗ "Городская Мариинская больница"
3. СПб ГБУЗ "Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко"
4. СПб ГБУЗ «Александровская больница»
5. СПб ГБУЗ "Городская поликлиника № 54"

### 5. ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПРАКТИКИ

Текущий контроль проводится руководителем практики по итогам выполнения заданий текущего контроля в виде клинических разборов, проверки обзоров литературы, презентаций, оценки решения конкретной профессиональной задачи.

Промежуточный контроль (аттестация) проводится по итогам прохождения практики или ее разделов:

- на втором году обучения – в 4-ом полугодии (по итогам прохождения практики) в форме зачета с оценкой.

#### 5.1. Критерии и шкалы оценивания результатов прохождения практики

Оценка за производственную практику «научно-исследовательская работа» складывается из:

1) выполнения заданий промежуточной аттестации:

- завершение самостоятельного исследования или части работы в составе кафедральной НИР;
- представления в печать журнальной статьи, тезисов или клинического наблюдения;

- 2) заполнения дневника практики;
- 3) защиты отчета о практике обучающегося;
- 4) характеристики руководителя практики.

Научно-исследовательская работа обучающегося может быть выполнена в виде метаанализа публикаций в отечественной и зарубежной литературе по заданной теме.

Для оценивания результатов обучения используется стандартная четырех бальная система (с расчетом итоговой оценки как среднего арифметического по всем критериям):

Критерии оценивания	№ сем.	Шкала оценивания			
		«отлично»	«хорошо»	«удовлетворительно»	«неудовлетворительно»
Выполнение научной работы и публикационная активность	4	Научно-исследовательская работа (этап кафедральной НИР) завершена, актуальна, результаты достоверны, по материалам работы имеются журнальные статьи, тезисы, публичные выступления.	Научно-исследовательская работа (этап кафедральной НИР) завершена, результаты достоверны. Имеются незначительные недочеты в структуре работы. По материалам работы имеются только тезисы и выступления на кафедральных или внутрибольничных собраниях. Журнальные статьи отсутствуют.	Научно-исследовательская работа (этап кафедральной НИР) завершена не полностью или имеются структурные недочеты (формулировка задач, определение материалов и методов, выводы), не снижающие актуальность и достоверность полученных данных. По материалам работы имеются только выступления на кафедральных или внутрибольничных собраниях. Журнальные статьи и тезисы отсутствуют.	Научно-исследовательская работа не завершена, имеет серьезные структурные недостатки, приводящие к утрате достоверности результатов и потере актуальности, или не проводилась. Публикации и выступления отсутствуют.
Дневник о прохождении практики	4	заполнен	Заполнен с небольшими недочетами	Заполнен небрежно, не полностью	Не заполнен
Характеристика	4	Положительные	С незначительными замечаниями	С существенными замечаниями	Отрицательные или отсутствуют
Отчет о практике	4	Отчет о НИР хорошо	Отчет о НИР структурирован	Отчет о НИР плохо	Отчет о НИР содержит

(защита)		<p>структурирован, оформлен аккуратно, посвящен актуальной теме. Результаты работы представлены в понятной лаконичной форме, хорошо иллюстрированы. Выводы согласуются с поставленным и задачами. Презентация построена грамотно, наглядна отражает содержание проекта. Обучающийся уверенно и правильно отвечает на дополнительные вопросы.</p>	<p>н, посвящен актуальной теме, имеются недостатки в оформлении. Результаты работы представлены с недочетами, недостаточно иллюстрированы. Выводы согласуются с поставленным и задачами. Презентация построена с недочетами, недостаточно наглядна, отражает не все содержание проекта. Обучающийся совершает не критичные ошибки при ответе на дополнительные вопросы.</p>	<p>структурирован, оформлен не аккуратно. Результаты работы представлены небрежно, с нарушением порядка изложения, плохо иллюстрированы. Выводы плохо согласуются с поставленными задачами. Презентация построена небрежно, плохо отражает содержание проекта. Обучающийся совершает серьезные ошибки при ответе на дополнительные вопросы.</p>	<p>серьезные ошибки принципиального характера, не сдан или НИР не проводилась. Результаты не достоверны и не актуальны. Выводы не согласуются с поставленными задачами. Презентация построена не грамотно, не наглядна, не отражает содержание проекта или отсутствует. Обучающийся не может ответить на дополнительные вопросы.</p>
----------	--	--	---	---	--

Не своевременная сдача отчета по итогам прохождения практики без уважительной причины приводит к возникновению академической задолженности. Обучающиеся, имеющие академическую задолженность по практике, вправе предоставить отчет о прохождении практики и защитить его в течение одного месяца с момента образования академической задолженности.

Обучающиеся, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности, отчисляются из Университета как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы.

### **Примерная структура отчета о прохождении практики**

(оформляется в виде представления о проведенной научно-исследовательской работе):

1. Введение и актуальность;
2. Цель, задачи исследования

3. Материал и методы;
4. Результаты и обсуждение (1-2 раздела).
5. Список использованных источников;
6. Приложения: личный вклад обучающегося, публикации, патенты, публичные выступления по теме проекта.

В случае незавершенности научно-исследовательской работы на момент подачи отчета по объективным причинам, допускается изложение промежуточных результатов, либо этапа выполненного исследования.

### **Основные требованиями, предъявляемые к оформлению отчета о прохождении практики:**

- отчет представляется в печатной и электронной форме (файл в формате .doc или .docx) на листах формата А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman 14 пт;
- страницы отчета нумеруют;
- отчет может содержать таблицы, графики, диаграммы и иллюстрации в необходимом количестве;
- объем отчета 25-30 страниц основным критерием является полнота изложения поставленной темы;
- качество напечатанного текста и оформление иллюстраций, таблиц должно удовлетворять требованию их четкого воспроизведения;
- схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем работы;
- титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется.

### **Правила оформления мультимедийной презентации отчета о НИР:**

- презентация оформляется в виде файла в формате .ppt или .pptx;
- презентация должна полноценно отражать структуру и результаты выполненной НИР;
- обязательно должен присутствовать слайд с личным вкладом обучающегося;
- оптимальное количество слайдов 10-15, продолжительность доклада не более 15 минут;
- все слайды (кроме первого) должны содержать порядковый номер, размер шрифта – не менее 20 пт;
- первый слайд – титульный, содержит информацию с титульного листа отчета о НИР;
- в последующих слайдах желательно представить: актуальность, цель и задачи;
- из введения на слайдах можно представить основные понятия, классификации, схемы (1-2 слайда);
- из исследовательской главы на слайдах представить графический материал, отражающий результаты исследования, выводы.
- заключительный слайд «Благодарю за внимание».
- фон презентации должен быть светлый, текст – темный. Фон должен быть спокойным, не отвлекающим.
- в презентации нужно использовать один из шрифтов: Arial, Tahoma, Verdana. Шрифт для заголовков – не менее 24, для информации – не менее 18.
- соблюдается интервал 1,5.
- для хорошего восприятия используется деловая графика: графики, схемы, таблицы.
- смена слайдов устанавливается по щелчку без времени.

**6. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по практике по специальности 31.08.53 «Эндокринология»**

**Тесты**

**ДИАБЕТОЛОГИЯ**

**ВАРИАНТ 1**

1. Наследственные синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом, все перечисленные, кроме
  - а) аутоиммунного тиреоидита;
  - б) диффузного токсического зоба;
  - в) пернициозной анемии;
  - г) первичного гипокортицизма;
  - д) эндемического зоба;
  
2. К факторам риска по диабету относится все перечисленное, кроме
  - а) наследственной предрасположенности к сахарному диабету;
  - б) патологической беременности (крупный мертворожденный плод, спонтанные выкидыши);
  - в) гипертонической болезни;
  - г) ожирения;
  - д) детей, рожденных с массой тела менее 4 кг;
  
3. Патогенез сахарного диабета 2 типа обусловлен всем перечисленным, кроме
  - а) деструкции  $\beta$ -клеток;
  - б) нарушения рецепторного аппарата  $\beta$ -клеток;
  - в) гормональных антагонистов инсулина;
  - г) негормональных антагонистов инсулина;
  - д) снижения количества рецепторов к инсулину;
  
4. Иммунологические изменения при сахарном диабете 1 типа характеризуются всем перечисленным, кроме
  - а) наличия антител к  $\beta$ -клеткам панкреатических островков;
  - б) сочетания диабета с другими аутоиммунными заболеваниями;
  - в) наличия «инсулитов»;
  - г) сочетания с антигенами системы HLA: B8, DR3, R4;
  - д) кратковременного образования антител к антигенам передней доли гипофиза;
  
5. При сахарном диабете и жировом гепатозе отмечается все, кроме
  - а) увеличения селезенки;
  - б) увеличения размеров печени;
  - в) нормального уровня билирубина;
  - г) диспротеинемии;
  - д) нормального уровня уробилина в моче;
  
6. Диагностировать сахарный диабет при наличии у пациента одного или двух-трех сомнительных симптомов и однократной гипергликемии натощак
  - а) возможно;
  - б) невозможно;
  
7. К факторам, изменяющим толерантность к глюкозе при проведении ГТТ, относятся все, кроме
  - а) тиазидовых диуретиков;
  - б) алкоголя;
  - в) эндокринных заболеваний;
  - г) капилляротоксикоза;

д) ишемии головного мозга;

8. Фруктозамин представляет собой одно из нижеперечисленных соединений

- а) молекула глюкозы + миелин;
- б) молекула глюкозы + гемоглобин;
- в) молекула глюкозы + альбумин;
- г) молекула глюкозы + глюкагон;
- д) молекула глюкозы + глобулин;

9. Уровень гликозилированного гемоглобина не имеет тенденции к снижению при всех перечисленных состояниях, за исключением

- а) анемии;
- б) гипертриглицеридемии;
- в) беременности;
- г) гипербилирубинемии;
- д) уремии;

10. При сахарном диабете наиболее часто отмечается все, кроме

- а) увеличения триглицеридов;
- б) увеличения холестерина;
- в) увеличения ЛПОНП;
- г) увеличения НЭЖК;
- д) повышения липопротеидов высокой плотности;

11. При каких поражениях кожи необходимо обследовать на диабет

- а) плохое заживление ран;
- б) фурункулез, карбункулез;
- в) сухость кожи;
- г) зуд кожи;
- д) все вышеперечисленное;

12. Диабетический ксантоматоз характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) папул и узелков желтого цвета;
- б) гиперлипидемии;
- в) нормального уровня липидов в крови;
- г) наличия ксантом, состоящих из скоплений гистиоцитов, нагруженных липидами;
- д) наиболее частой локализации — ладони, стопы, предплечье, область локтей и коленей;

13. Какую патологию органов дыхания необходимо исключить прежде всего у больного сахарным диабетом

- а) хронический бронхит;
- б) бронхиальную астму;
- в) туберкулез;
- г) хроническую пневмонию;
- д) хронический фарингит;

14. Особенности клинического течения инфаркта миокарда является все перечисленное, кроме

- а) развития распространенных инфарктов;
- б) наличия сердечной недостаточности;
- в) частых тромбоэмболических осложнений;
- г) уменьшения процента летальности в остром периоде;
- д) нетипичной клиники инфаркта со слабо выраженным или отсутствующим болевым синдромом;

15. Основными патогенетическими факторами диабетической гангрены являются все перечисленные, кроме

- а) диабетической макроангиопатии;
- б) диабетической микроангиопатии;

- в) гипогликемии;
- г) периферической нейропатии;
- д) нарушенного тканевого обмена;

16. Для периферической диабетической нейропатии характерно все перечисленное, кроме

- а) снижения сухожильных рефлексов;
- б) снижения силы мышц в кистях и стопах;
- в) отсутствия гиперестезии;
- г) болезненности икроножных мышц при давлении;
- д) снижения холодовой, тепловой, болевой и вибрационной чувствительности по типу перчаток и носков;

17. Диабетическая нейроартропатия характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) прогрессирующего расстройства;
- б) усиления трофических расстройств;
- в) усиления болевого синдрома;
- г) возникновения остеоартропатии с изъязвлениями;
- д) отсутствия спонтанных переломов;

18. Диабетическая нейропатия включает следующие клинические симптомы

- а) радикулопатия;
- б) полинейропатия;
- в) амиотрофия;
- г) автономная нейропатия;
- д) все верно;

19. Сахарный диабет часто выявляется при следующих эндокринных заболеваниях, кроме

- а) акромегалии;
- б) болезни Иценко — Кушинга;
- в) феохромоцитомы;
- г) ожирения;
- д) синдрома Симмондса;

20. Ранние симптомы гипогликемии включают все перечисленное, кроме

- а) бледности кожи и анемии губ;
- б) потливости (особенно лоб, голова);
- в) чувство голода;
- г) раздражительности и головокружения;
- д) судорог и потери сознания;

21. Гипогликемии способствуют всему перечисленному, кроме

- а) прогрессирования микроангиопатий;
- б) развития свежих ретинальных кровоизлияний;
- в) жировой инфильтрации печени;
- г) развития инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения;
- д) развития инсулинорезистентности;

22. Диагноз сахарного диабета не доказан, если:

- а) уровень гликемии натощак 7,1 ммоль/л (венозная кровь);
- б) гликированный гемоглобин 6,7%;
- в) глюкоза плазмы крови 4,8 ммоль/л, гликированный гемоглобин 5,0%;
- г) глюкоза крови 6,3 ммоль/л утром натощак (капиллярная кровь);

23. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при:

- а) инфекции, лихорадке;
- б) заболевании желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания;
- в) поражении печеночной паренхимы;

- г) синдроме Нонена (Нунана);
- д) все верно, кроме г);

24. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови натощак:

- а) > 6,0 ммоль/л;
- б) > 5,6 ммоль/л;
- в) < 6,0 ммоль/л;
- г) >6,1 ммоль/л;
- д) >5,8 ммоль/л;

25. Абсолютная инсулиновая недостаточность проявляется:

- а) ожирением, потливостью, сонливостью, артериальной гипертензией;
- б) похуданием, гипергликемией, дегидратацией, кетоацидозом;
- в) гипотензией, гиперпигментацией, гипогликемией, гиперкалиемией;
- г) положительным эффектом пероральных сахаропонижающих препаратов;

26. Гестационный диабет диагностируется при следующих результатах перорального глюкозотолерантного теста на 24-28 неделе беременности:

- а) натощак – 5,0 ммоль/л;
- б) натощак – 4,7 ммоль/л, через 1 час – 9,8 ммоль/л, через 2 часа - 9,3 ммоль/л;
- в) натощак 5,0 ммоль/л, через 1 час – 9,0 ммоль/л, через 2 часа – 8,0 ммоль/л;
- г) натощак – 4,6 ммоль/л, через 1 час – 5,4 ммоль/л, через 2 часа – 5,8 ммоль/л;

27. Гипогликемия ночью у больного с сахарным диабетом 1 типа связана с:

- а) повышенной вечерней дозой инсулина средней продолжительности действия;
- б) повышенной вечерней дозой инсулина длительного действия;
- в) несоблюдением режима питания и нарушением употребления углеводов;
- г) всеми факторами;
- д) всеми факторами, кроме в);

28. Фенотипическими признаками диабетической фетопатии являются все, кроме:

- а) макросомия;
- б) пастозность;
- в) кардиомегалия;
- г) гепатоспленомегалия;
- д) депигментация;

29. Противопоказания к назначению бигуанидов не включают:

- а) беременность;
- б) сахарный диабет 1 типа;
- в) диабетический нефросклероз;
- г) кетоацидоз;
- д) ожирение;

30. Причинами гипогликемии являются все факторы, кроме:

- а) повышенная доза инсулина;
- б) повышенная концентрация инсулиназы;
- в) физическая нагрузка;
- г) введение глюкагона;
- д) гипокортицизм;

31. Введение раствора натрия гидрокарбоната показано при значении рН:

- а) выше 7,0;
- б) выше 7,5;
- в) ниже 7,5;
- г) ниже 7,0;

32. Что из перечисленного ниже верно в отношении механизма действия препаратов сульфонилмочевины?

- а) повышают секрецию инсулина  $\beta$ -клетками поджелудочной железы;
- б) не увеличивают утилизацию глюкозы в печени и мышцах с образованием в них гликогена;
- в) не оказывают влияния на физиологическую чувствительность бета-клеток к уровню гликемии;
- г) не тормозят неогликогенез в печени и липолиз в жировой ткани;
- д) потенцируют действие эндогенного и экзогенного инсулина путем торможения связывания инсулина с антителами и улучшения процессов инсулинрецепторного взаимодействия;

33. К физиологическим особенностям метаболизма во время беременности относятся все, кроме:

- а) снижение уровня гликемии натощак;
- б) повышение уровня гликемии натощак;
- в) активация липолиза;
- г) инсулинорезистентность;
- д) кетогенез;

34. Показания к инсулинотерапии при гестационном диабете включают:

- а) невозможность достижения целевых уровней гликемии (два и более нецелевых значений гликемии) в течение 1–2 недель самоконтроля;
- б) достижение целевых уровней гликемии (два и более нецелевых значений гликемии) в течение 1–2 недель самоконтроля;
- в) отсутствие эффекта от пероральных сахаропонижающих препаратов;
- г) отсутствие возможности для осуществления самоконтроля в течение 1-2 недель;

35. При послеродовом ведении пациенток с гестационным диабетом:

- а) отменяется инсулинотерапия и проводится определение глюкозы плазмы в течение трех суток;
- б) назначаются пероральные сахаропонижающие препараты;
- в) назначается метформин;
- г) все вышеперечисленное верно;

36. Манифестный сахарный диабет у беременных диагностируется на основании:

- а) уровне гликемии натощак от 5,1 до 6,9 ммоль/л до 24 недели;
- б) уровне гликемии натощак выше 7,0 ммоль/л до 24 недели;
- в) уровне гликемии выше 11,1 ммоль/л при случайном определении до 24 недели;
- г) все верно, кроме, а);

37. К особенностям углеводного обмена при беременности относятся:

- а) повышение уровня глюкозы крови в первом триместре;
- б) снижение уровня гликемии во 2 триместре;
- в) инсулинорезистентность в 1 триместре;
- г) инсулинорезистентность во 2 триместре;
- д) риск гипергликемии в родах;

38. Причины кетоацидоза у больных с сахарным диабетом 2 типа не включают:

- а) голодание;
- б) хроническая передозировка инсулина;
- в) инфекция;
- г) абсолютная инсулиновая недостаточность;

39. Помповая инсулинотерапия:

- а) способствует снижению гликированного гемоглобина;
- б) снижает риск гипогликемии;
- в) позволяет не следовать принципам диетотерапии;
- г) снижает риск кетоацидоза;
- д) верно все, кроме в) и г);

40. Диагноз сахарного диабета устанавливается при:
- а) уровне гликированного гемоглобина выше 5,5%;
  - б) уровне гликемии натощак 5,6 ммоль/л (плазма);
  - в) похудании, глюкозурии, гликемии 12 ммоль/л при случайном определении;
  - г) жажде, сухости во рту, наличии сахарного диабета 2 типа у сестры отца;
41. Глюкозурия может быть следствием:
- а) почечного диабета;
  - б) беременности;
  - в) заболевания почек (пиелонефрита, хронического нефрита, нефроза);
  - г) хронического гепатита;
  - д) все, кроме г);
42. Что из перечисленного ниже верно в отношении механизма действия бигуанидов?
- а) не влияют на периферическую утилизацию глюкозы;
  - б) тормозят глюконеогенез и способствуют увеличению содержания лактата, пирувата;
  - в) не нарушают всасывание в кишечнике глюкозы, аминокислот, желчных кислот, соли, воды, фолиевой кислоты;
  - г) не влияют на жировой обмен;
  - д) обладают умеренно выраженным аноректическим действием;
43. Расчет индекса HOMA-IR:
- а) произведение уровней глюкоза венозной плазмы натощак и базального уровня инсулина, деленное на 22,5;
  - б) разность содержания инсулина в крови натощак и через 2 часа после еды, деленная на 18,2;
  - в) масса тела (кг), деленная на квадрат роста (м);
  - г) отношение уровня глюкозы к уровню инсулина;
44. Инсулинорезистентность – это:
- а) короткий период жизни молекулы инсулина;
  - б) состояние, характеризующееся снижением или отсутствием биологического эффекта инсулина при его нормальном или повышенном содержании в крови;
  - в) аллергическая реакция на инсулин;
  - г) характерна для сахарного диабета 1 типа;
45. Заменители сахара (ксилит, сорбит, фруктоза, маннит) обладают:
- а) антикетогенным действием;
  - б) гипогликемизирующим действием;
  - в) желчегонным действием;
  - г) верно а) и в);
  - д) ничего из перечисленного;
46. Терапевтические цели у лиц пожилого возраста с наличием множественных осложнений сахарного диабета соответствуют:
- а) гликированный гемоглобин ниже 6,5%;
  - б) гликированный гемоглобин ниже 6,9%;
  - в) гликированный гемоглобин ниже 7,0%;
  - г) гликированный гемоглобин ниже 8%;
47. Какие патологические процессы из названных ниже не развиваются в результате гипергликемии?
- а) осмотический диурез;
  - б) дегидратация;
  - в) глюкозурия;
  - г) повышение АД;
48. Для каких заболеваний не характерна гиперинсулинемия?
- а) хронический панкреатит;

- б) ожирение по абдоминальному типу;
- в) метаболический синдром;
- г) гестационный сахарный диабет;

49. В каких случаях проведение перорального глюкозотолерантного теста противопоказано?

- а) ожирение;
- б) сахарный диабет;
- в) глюкоза крови натощак 6,1 ммоль/л (венозная плазма), через 2 часа после еды 6,0 ммоль/л;
- г) язвенная болезнь желудка в стадии обострения;
- д) верно все кроме, а) и в);

50. На каком сроке развития беременности показано проведение скрининга на наличие гестационного сахарного диабета:

- а) 18-20 недель;
- б) 20-24 недели;
- в) 24-28 недель;
- г) 32-36 недель;

51. Антитела к антигенам бета-клеток определяют в следующих случаях:

- а) с целью подтверждения аутоиммунного генеза заболевания;
- б) с целью определения прогноза заболевания;
- в) с целью уточнения связи с другими аутоиммунными заболеваниями и/или предрасположенности к ним;
- г) все вышеперечисленное верно;

52. Нарушенная гликемия натощак – это:

- а) глюкоза капиллярной крови  $> 5,5$  ммоль/л;
- б) глюкоза капиллярной крови  $> 5,5$  ммоль/л, но  $< 6,0$  ммоль/л;

53. К контринсулярным гормонам не относятся:

- а) глюкагон;
- б) соматотропин;
- в) тиреоидные гормоны;
- г) пролактин;
- д) кортизол;

54. Летальность при лактацидозной коме составляет:

- а) выше 95%;
- б) 35-40%;
- в) 40-50%;
- г) 50-60%;

55. К осложнениям инсулинотерапии не относится:

- а) инсулинорезистентность;
- б) липодистрофии;
- в) синдром постгипогликемической гипергликемии;
- г) гипогликемия;
- д) кетоацидоз;

56. Абсолютными противопоказаниями для назначения сахароснижающих препаратов сульфаниламочевины являются:

- а) диабетическая нефропатия III стадии;
- б) беременность, роды, лактация;
- в) заболевание крови (лейкопения, тромбоцитопения);
- г) цирроз печени;
- д) все верно;

57. Дозированные физические упражнения при сахарном диабете не способствуют:
- а) снижению уровня гликемии;
  - б) повышению дозы вводимого инсулина;
  - в) повышению чувствительности организма к инсулину;
  - г) снижению риска возникновения сердечных заболеваний;
  - д) снижению массы тела;
58. Показаниями к переводу на инсулинотерапию больных с сахарным диабетом 2 типа не являются:
- а) отказ больного от диетотерапии и приема ПОСПП;
  - б) увеличение массы тела;
  - в) гликированный гемоглобин 6,5% на фоне диетотерапии и приема бигуанидов;
  - г) похудание, отсутствие эффекта от ПОСПП, оперативное вмешательство, тяжелая макроангиопатия;
  - д) все верно, кроме, г);
59. Вторичный сахарный диабет не развивается при следующих заболеваниях:
- а) синдром Кушинга;
  - б) хронический панкреатит;
  - в) акромегалия;
  - г) МЭН-1;
60. При физической нагрузке у пациентов с сахарным диабетом 1 типа необходимо дополнительное введение легкоусваиваемых углеводов в количестве:
- а) 30 г на каждые 30 мин нагрузки;
  - б) 3 г на 1 кг веса;
  - в) 15 г на каждые 40 мин нагрузки;
  - г) 10 г на каждые 100 метров;
61. Доза чистой глюкозы, рекомендуемая ВОЗ для проведения ГТТ, соответствует одному из нижеперечисленных значений
- а) 25 г;
  - б) 50 г;
  - в) 75 г;
  - г) 100 г;
  - д) 150 г;
62. Сахарный диабет исключается при уровне глюкозы натощак и через 2 ч после углеводной нагрузки (75 глюкозы, кровь капиллярная, ортотолуидиновый метод)
- а) 5.5 и 11.7 ммоль/л;
  - б) 6.8 и 8.0 ммоль/л;
  - в) 5.5 и 7.8 ммоль/л;
  - г) 5.8 и 10.9 ммоль/л;
  - д) 7.0 и 11.0 ммоль/л;
63. Нарушение толерантности к глюкозе подтверждается уровнем гликемии натощак и через 2 ч после углеводной нагрузки, равном
- а) 5.9 и 10.1 ммоль/л;
  - б) 4.8 и 6.7 ммоль/л;
  - в) 7.8 и 11.1 ммоль/л;
  - г) 8.1 и 12.0 ммоль/л;
  - д) 3.2 и 7.1 ммоль/л;
64. Сахарный диабет можно диагностировать при одном из нижеперечисленных значений
- а) гликемия натощак — повышена; HbA1c — нормальный;
  - б) гликемия натощак — повышена; HbA1c — повышен;
  - в) гликемия натощак — нормальная; HbA1c — нормальный;
  - г) гликемия натощак — нормальная; HbA1c — повышен;
  - д) гликемия натощак — однократно нормальная; HbA1c — повышен;

65. Исследование С-пептида наиболее целесообразно использовать
- а) для диагностики СД 2 типа;
  - б) для диагностики НТГ;
  - в) для решения вопроса инсулинотерапии больных СД 2 типа;
  - г) выявления больных с Х-синдромом;
  - д) для диагностики липоатрофического диабета;
66. Глюкоза цельной венозной крови ниже по уровню глюкозы плазмы
- а) на 5%;
  - б) на 7.5%;
  - в) на 10%;
  - г) на 15%;
  - д) на 21.5%;
67. Общими признаками компенсации диабета являются все перечисленные, кроме
- а) нормогликемии натощак;
  - б) нормогликемии в течение суток;
  - в) отсутствия жалоб, характерных для диабета;
  - г) гиперлипидемии;
  - д) аглюкозурии;
68. Для поражений кожи при сахарном диабете характерно все, кроме
- а) липоидного некробиоза;
  - б) невуса;
  - в) диабетического пузыря;
  - г) диабетического ксантоматоза;
  - д) контрактуры Дюпюитрена;
69. Диабетическая вегетативная кардиопатия характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) постоянной тахикардии;
  - б) непостоянной тахикардии;
  - в) фиксированного сердечного ритма;
  - г) ортостатической гипотонии;
  - д) безболевого инфаркта миокарда;
70. Диабетическая миокардиодистрофия характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) укорочения периода изгнания левого желудочка;
  - б) удлинения периода напряжения;
  - в) укорочения периода напряжения;
  - г) повышения диастолического давления левого желудочка без увеличения его диастолического объема;
  - д) поражения малых сосудов сердца;
71. Для сухой неинфицированной гангрены характерно все перечисленное, кроме
- а) локализации чаще на пальцах стопы;
  - б) наличия некротического участка черного цвета;
  - в) явления мумификации;
  - г) кожа на пораженном участке бледная, сухая с небольшим ограниченным некротическим очагом;
  - д) резко ухудшенного общего состояния больного;
72. Для влажной гангрены характерно все перечисленное, кроме
- а) появления пузырей с мутным экссудатом;
  - б) некроза подкожной клетчатки;
  - в) малоизмененного общего состояния больного;
  - г) вовлечения в некротический процесс мышц, костей, сухожилий;
  - д) возможности развития генерализованного сепсиса;

73. Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все, кроме
- потери зрения;
  - микроаневризм;
  - изменения диаметра вен;
  - точечных и пятнистых кровоизлияний;
  - наличия экссудатов;
74. Для препролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все, кроме
- «хлопковидных пятен», выраженных венозных изменений;
  - микрососудистых изменений сетчатки;
  - травмы глаза;
  - отека сетчатки;
  - тромбоза и непроходимости капилляров;
75. Для периферической диабетической нейропатии характерно все перечисленное, кроме
- снижения сухожильных рефлексов;
  - снижения силы мышц в кистях и стопах;
  - отсутствия гиперестезии;
  - болезненности икроножных мышц при давлении;
  - снижения холодовой, тепловой, болевой и вибрационной чувствительности по типу «перчаток и носков»
76. При синдроме «нарушения клинических проявлений гипогликемии» первым исчезает один из следующих симптомов
- головная боль;
  - чувство голода;
  - потливость;
  - парестезии;
  - ощущение жара или холода;
77. Стадия I диабетической нефропатии характеризуется всем перечисленным, кроме
- микроальбуминурии (от следов до сотых долей промилле);
  - нормального АД;
  - усиления фильтрационной функции почек;
  - гипопротеинемии;
  - снижения почечного кровотока;
78. Стадия II диабетической нефропатии характеризуется всем перечисленным, кроме
- стойкой протеинурии;
  - снижения концентрационной функции почек;
  - нормального АД;
  - сохранной азотовыделительной функции почек;
79. Стадия III диабетической нефропатии характеризуется всем перечисленным, кроме
- отеков;
  - гипертонии;
  - креатинемии, азотемии, повышения уровня мочевины в крови;
  - эритроцитурии;
  - повышения гликемии;
80. При возникновении феномена Сомоджи необходимо
- снизить суточную дозу короткого инсулина;
  - снизить калораж во второй половине дня;
  - скорректировать вечернюю дозу инсулина длительного действия;
  - скорректировать дозу инсулина перед обедом;
  - снизить общую дозу инсулина;

81. «Dawn»-феномен («утренней зари») является следствием
- а) повышения концентрации кортизола в плазме;
  - б) дефицита действия инсулина в инсулинзависимых тканях;
  - в) повышения концентрации гормона роста в ночное время;
  - г) снижения клиренса инсулина в плазме;
  - д) снижения инсулинсекреторной функции  $\beta$ -клеток поджелудочной железы;
82. К симптомам скрытой гипогликемии относятся все, кроме
- а) головокружения, утомляемости;
  - б) внезапного нарушения зрения;
  - в) тревожного сна;
  - г) сонливости в течение дня;
  - д) инсулиновых отеков;
83. К осложнениям инсулинотерапии относятся все из нижеперечисленных состояний, кроме
- а) гипогликемии;
  - б) липодистрофии;
  - в) инсулиновых отеков;
  - г) синдрома Сомоджи;
  - д) синдрома Мориака;
84. Гипогликемическое состояние развивается при снижении уровня глюкозы в крови
- а) ниже 2.75 ммоль/л;
  - б) ниже 4.0 ммоль/л;
  - в) ниже 3.6 ммоль/л;
  - г) ниже 2.0 ммоль/л;
  - д) ниже 5.0 ммоль/л;
85. Лечение гипогликемической комы начинается с введения
- а) 100 мл 10% раствора глюкозы капельно;
  - б) 80 мл 20% раствора глюкозы капельно;
  - в) 80 мл 40% раствора глюкозы струйно;
  - г) 100 мл 5% раствора глюкозы струйно;
  - д) 80 мл 5% раствора глюкозы струйно;
86. К нейроглюкопеническим симптомам гипогликемии относятся
- а) бледность, слабость, тахикардия;
  - б) сухость кожи, покраснение лица;
  - в) диплопия, нарушение чувствительности, сонливость;
  - г) тахикардия, страх;
  - д) диабетический рубец;
87. К симпатическим симптомам гипогликемии относятся
- а) дрожь, нервозность, тахикардия;
  - б) дискоординированность движений, головная боль;
  - в) туман перед глазами, диплопия;
  - г) тошнота;
  - д) сухость кожи;
88. Для диагностики ацидоза необходимо исследовать все нижеперечисленные параметры, кроме
- а) pH;
  - б) мочевины;
  - в)  $\text{HCO}_3^-$ ;
  - г) дефицит анионов;
  - д) лактат;
89. При гиперосмолярной коме отмечаются все нижеперечисленные признаки, кроме

- а) дегидратации;
- б) гипертермии;
- в) анурии;
- г) мышечного гипертонуса;

90. Механизм сахароснижающего действия бигуанидов включает все перечисленное, кроме

- а) увеличения числа тканевых рецепторов инсулина;
- б) стимуляции инсулина  $\beta$ -клетками поджелудочной железы;
- в) подавления продукции глюкагона;
- г) увеличения чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину;
- д) уменьшения абсорбции глюкозы в кишечнике;

91. При использовании комбинации пероральных сахаропонижающих препаратов при СД 2 типа целесообразны все перечисленные сочетания, кроме

- а) глибенкламид — метформин;
- б) гликлазид — глибенкламид;
- в) глимеперид — вилдаглиптин;
- г) гликлазид — метформин;

92. Механизм сахароснижающего эффекта бигуанидов включает все перечисленное, кроме

- а) повышения утилизации глюкозы мышечной тканью;
- б) стимуляции секреции инсулина  $\beta$ -клетками;
- в) торможения глюконеогенеза;
- г) потенцирования инсулинового действия;
- д) освобождения глюкозы из печени;

93. Гестационный сахарный диабет чаще всего выявляется

- а) на 4–8-й неделе;
- б) на 8–12-й неделе;
- в) на 16–20-й неделе;
- г) на 24–28-й неделе;
- д) на 32–36-й неделе;

94. Особенности течения сахарного диабета у беременных женщин проявляются всем перечисленным, кроме

- а) первой половины беременности (до 20-й недели), характеризующейся обычным течением сахарного диабета;
- б) повышенной потребности в инсулине в первой половине беременности;
- в) ухудшения течения диабета с 16–20-й недели беременности (возрастание потребности в инсулине, склонность к кетоацидозу);
- г) более стабильного течения диабета, начиная с 35–36-й недели беременности (уменьшение потребности в инсулине);
- д) потребности в инсулине, которая меняется в зависимости от сроков беременности;

95. Гипергликемическая диабетическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) полной потери сознания;
- б) дыхания Куссмауля;
- в) повышения артериального давления;
- г) запаха ацетона в выдыхаемом воздухе;
- д) дегидратации;

96. Различают следующие варианты клинического течения кетоацидотической комы, кроме

- а) абдоминальной формы;
- б) миопатической формы;
- в) коллаптоидной формы;
- г) почечной формы;
- д) энцефалопатической формы;

97. О наличии гипогликемической комы свидетельствует все перечисленное, кроме
- а) низкого уровня сахара в крови;
  - б) быстрого развития комы;
  - в) нормального или повышенного кровяного давления;
  - г) ровного дыхания;
  - д) редкого пульса;
98. Начальная доза внутривенного введения инсулина короткого действия в час при лечении диабетической комы на 1 кг массы тела составляет
- а) 100 ЕД/ч;
  - б) 50 Ед/ч;
  - в) 25 Ед/ч;
  - г) 2–4 Ед/ч;
  - д) 0.1–0.2 Ед/ч;
99. В первые сутки лечения диабетической комы при отсутствии сердечно-сосудистой патологии следует вводить жидкость в общем объеме, равном
- а) 5% массы тела;
  - б) 4–6 л;
  - в) 2 л;
  - г) 1 л;
  - д) 50 мл/кг массы тела;
100. Для гиперлактацидемической комы не характерно
- а) повышение в крови молочной кислоты;
  - б) снижения уровня бикарбонатов, резервной щелочности и рН крови;
  - в) отсутствия гиперкетонемии и кетонурии;
  - г) повышение коэффициента лактат/пируват;
  - д) высокая гипергликемия и глюкозурия;

## ВАРИАНТ 2

1. Укажите минимальное значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время дня, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений:
- а) менее 5,6 ммоль/л;
  - б) 6,7 ммоль/л;
  - в) 9,7 ммоль/л;
  - г) 11,3 ммоль/л;
  - д) 15 ммоль/л;
2. Каким должно быть значение гликемии в капиллярной крови натощак для показаний к проведению орального глюкозотолерантного теста?
- а) менее 5,5 ммоль/л;
  - б) 5,6–6,0 ммоль/л;
  - в) 6,8–7,5 ммоль/л;
  - г) 8,7 ммоль/л;
  - д) 11,1 ммоль/л;
3. Уровень гликемии в капиллярной крови через два часа после проведения орального глюкозотолерантного теста при сахарном диабете составит:
- а) 10,1 ммоль/л и более;
  - б) 11,2 ммоль/л и более ;
  - в) 8,9 ммоль/л и более;
  - г) 6,7–10 ммоль/л и более;
  - д) 5,6–6,7 ммоль/л;

4. Для подтверждения диагноза сахарный диабет возможно использование следующих тестов за исключением:
- тест с 75 гр. глюкозы per os
  - внутривенный глюкозотолерантный тест с 75 гр. глюкозы
  - определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)
  - определение суточной глюкозурии
  - проба с глюкагоном
5. Укажите тип сахарного диабета, при котором гены главного комплекса гистосовместимости считаются патогенетически значимыми?
- Сахарный диабет типа 2;
  - Сахарный диабет беременных;
  - Сахарный диабет типа 1 ;
  - Сахарный диабет типа MODY;
  - Данный генетический локус не ассоциирован с сахарным диабетом;
6. Морфологическим проявлением какого из типов сахарного диабета является инсулит?
- Сахарного диабета типа 2;
  - Сахарного диабета типа 1;
  - Гестационного сахарного диабета;
  - Вторичного сахарного диабета, обусловленного синдромом гиперкортицизма;
  - Генетических форм СД (MODY и др.);
7. В основе развития гипергликемии при СД типа 2 лежат все перечисленные механизмы, кроме:
- Аутоиммунная деструкция бета-клеток поджелудочной железы;
  - Повышение продукции глюкозы печенью;
  - Снижением активности пострецепторных механизмов транспорта глюкозы в печени и мышцах;
  - Нарушение секреции инсулина (снижение первой фазы секреции в ответ на прием пищи);
  - Снижением активности пострецепторных механизмов транспорта глюкозы в мышцах;
8. В основе развития сахарного диабета типа 1 лежит:
- Инсулинорезистентность;
  - Гиперинсулинемия;
  - Атеросклероз;
  - Повреждение бета-клеток, инсулинодефицит;
  - Все перечисленное неверно;
9. бета-клетки поджелудочной железы секретируют все нижеуказанные вещества, за исключением:
- Инсулин;
  - Инсулиноподобный фактор роста II;
  - С-пептид;
  - Проинсулин;
  - Препроинсулин;
10. Какой из видов клеток островков Лангерганса секретирует инсулин?
- С-клетки;
  - бета-клетки;
  - d-клетки;
  - PP-клетки;
  - A-клетки;
11. Основным стимулятором секреции инсулина является:
- Адреналин;
  - Норадреналин;
  - Глюкоза;
  - Пролактин;
  - Соматостатин;

12. Какой из видов клеток островков Лангерганса секретирует инсулиноподобный фактор роста II?
- бета-клетки;
  - альфа-клетки;
  - дельта-клетки;
  - PP-клетки;
  - A-клетки;
13. Среднесуточная потребность в инсулине у взрослых на первом году сахарного диабета типа 1 обычно составляет:
- 0,1 ЕД на килограмм фактического веса;
  - 0,1 ЕД на килограмм «идеального» веса;
  - 0,3–0,5 ЕД на килограмм «идеального» веса;
  - 0,7–1 ЕД на килограмм «идеального» веса;
  - 0,7–1 ЕД на килограмм фактического веса;
14. К признакам декомпенсации сахарного диабета относится все, кроме:
- Жажда;
  - Гипергликемия;
  - Кетоацидоз;
  - Прибавка массы тела;
  - Полиурия и глюкозурия;
15. Полидипсия при сахарном диабете обусловлена всем перечисленным, кроме:
- Дегидратации организма;
  - Полиурии;
  - Повышения уровня мочевой кислоты крови;
  - Гипергликемии;
  - Гипонатриемии;
16. Инсулин лизпро (Хумалог) при сахарном диабете типа 1 обычно вводится:
- До приема пищи за 30–40 минут;
  - До приема пищи за 20–15 минут;
  - За 1 час до еды;
  - Непосредственно перед или сразу после еды;
  - Ни одно из перечисленных утверждений неверно;
17. К препаратам, блокирующим действие альфа-глюкозидаз относятся:
- Акарбоза;
  - Гликвидон;
  - Глипизид;
  - Гликлазид;
  - Глимеперид;
18. Из всех перечисленных видов физических нагрузок, при сахарном диабете типа 1 наиболее благоприятны:
- Пешая ходьба в неспешном темпе в течение 60–90 минут;
  - Интенсивная физическая нагрузка, продолжительностью 40–60 минут;
  - Плавание и дайвинг;
  - Альпинизм;
  - Физические нагрузки противопоказаны;
19. Наиболее активным препаратом из группы производных сульфонилмочевины в отношении  $\beta$ -клеток поджелудочной железы является:
- Гликлазид;
  - Глипизид;
  - Гликвидон;

- г) Глибенкламид;
- д) Толбутамид;

20. К диабетической макроангиопатии можно отнести следующие поражения, кроме:

- а) Поражение периферических сосудов конечностей;
- б) Диабетическую ретинопатию;
- в) Поражение сосудов мозга;
- г) Поражение сосудов сердца;
- д) Все перечисленное;

21. Причинами развития инсулинорезистентности к инсулину являются все, кроме:

- а) Избыточное потребление глюкозы;
- б) Аутоантитела к инсулину;
- в) Патология рецепторов к инсулину;
- г) Повышенная продукция антагонистов к инсулину;
- д) Патология транспортеров глюкозы (GLUT-2, GLUT-4);

22. В какой ситуации имеются абсолютные показания для увеличения дозы базального инсулина?

- а) Высокая гликемия натощак;
- б) Высокая гликемия ночью и натощак;
- в) Высокая препрандиальная гликемия;
- г) Высокая гликемия перед сном;
- д) все, кроме а);

23. Диагноз сахарного диабета очевиден, если:

- а) уровень гликемии натощак 6,9 ммоль/л (венозная кровь);
- б) гликированный гемоглобин 6,1%;
- в) глюкоза плазмы крови 11,4 ммоль/л, гликированный гемоглобин 7,3%;
- г) глюкоза крови 5,6 ммоль/л утром натощак (капиллярная кровь);

24. Гипергликемия натощак у больного с сахарным диабетом 1 типа связана с:

- а) повышенной дозой инсулина средней продолжительности действия;
- б) повышенной дозой инсулина длительного действия;
- в) ночной гипогликемией;
- г) несоблюдением режима питания и нарушением употребления углеводов;
- д) всеми факторами;
- е) всеми факторами, кроме в);

25. Абсолютная инсулиновая недостаточность проявляется:

- а) ожирением, потливостью, сонливостью, артериальной гипертензией;
- б) похуданием, гипергликемией, дегидратацией, кетоацидозом;
- в) гипотензией, гиперпигментацией, гипогликемией, гиперкалиемией;
- г) положительным эффектом пероральных сахаропонижающих препаратов;

26. Причинами гипогликемии являются все факторы, кроме:

- а) повышенная доза инсулина;
- б) повышенная концентрация инсулиназы;
- в) физическая нагрузка;
- г) введение глюкагона;
- д) гипокортицизм;

27. Какая кома наиболее вероятна у больного при внезапной потере сознания?

- а) Кетоацидотическая;
- б) Лактатаcidотическая;
- в) Печеночная;
- г) Гиперосмолярная;
- д) Гипогликемическая;

28. Введение раствора натрия гидрокарбоната показано при значении рН:

- а) выше 7,0;
- б) выше 7,5;
- в) ниже 7,5;
- г) ниже 7,0;

29. Показания к инсулинотерапии включают:

- а) гипергликемия;
- б) ожирение;
- в) гипогликемия;
- г) абсолютная инсулиновая недостаточность;
- д) нарушение толерантности к глюкозе;

30. Гестационный диабет диагностируется при следующих результатах перорального глюкозотолерантного теста на 24-28 неделе беременности:

- а) натощак – 5,0 ммоль/л;
- б) натощак – 4,2 ммоль/л, через 1 час – 9,8 ммоль/л, через 2 часа – 9,3 ммоль/л;
- в) натощак 5,0 ммоль/л, через 1 час – 9,0 ммоль/л, через 2 часа – 8,0 ммоль/л;
- г) натощак – 4,6 ммоль/л, через 1 час – 5,4 ммоль/л, через 2 часа – 5,8 ммоль/л;

31. Фенотипическими признаками диабетической фетопатии являются все, кроме:

- а) макросомия;
- б) пастозность;
- в) кардиомегалия;
- г) гепатоспленомегалия;
- д) депигментация;

32. К физиологическим особенностям метаболизма во время беременности относятся все, кроме:

- а) снижение уровня гликемии натощак;
- б) повышение уровня гликемии натощак;
- в) активация липолиза;
- г) инсулинорезистентность;
- д) кетогенез;

33. К особенностям углеводного обмена при беременности относятся:

- а) повышение уровня глюкозы крови в первом триместре;
- б) снижение уровня гликемии во 2 триместре;
- в) инсулинорезистентность в 1 триместре;
- г) инсулинорезистентность во 2 триместре;
- д) риск гипергликемии в родах;

34. Показания к инсулинотерапии при гестационном диабете включают:

- а) невозможность достижения целевых уровней гликемии (два и более нецелевых значений гликемии) в течение 1–2 недель самоконтроля;
- б) достижение целевых уровней гликемии (два и более нецелевых значений гликемии) в течение 1–2 недель самоконтроля;
- в) отсутствие эффекта от пероральных сахаропонижающих препаратов;
- г) отсутствие возможности для осуществления самоконтроля в течение 1-2 недель;

35. При послеродовом ведении пациенток с гестационным диабетом:

- а) отменяется инсулинотерапия и проводится определение глюкозы плазмы в течение трех суток;
- б) назначаются пероральные сахаропонижающие препараты;
- в) назначается метформин;
- г) все вышеперечисленное верно;

36. Манифестный сахарный диабет у беременных диагностируется на основании:

- а) уровне гликемии натощак от 5,1 до 6,9 ммоль/л до 24 недели;
- б) уровне гликемии натощак выше 7,0 ммоль/л до 24 недели;
- в) уровне гликемии выше 11,1 ммоль/л при случайном определении до 24 недели;
- г) все верно, кроме, а);

37. Что из перечисленного ниже верно в отношении механизма действия препаратов сульфонилмочевины?

- а) повышают секрецию инсулина  $\beta$ -клетками поджелудочной железы;
- б) не увеличивают утилизацию глюкозы в печени и мышцах с образованием в них гликогена;
- в) не оказывают влияния на физиологическую чувствительность бета-клеток к уровню гликемии;
- г) не тормозят неогликогенез в печени и липолиз в жировой ткани;
- д) потенцируют действие эндогенного и экзогенного инсулина путем торможения связывания инсулина с антителами и улучшения процессов инсулинрецепторного взаимодействия;

38. Причины кетоацидоза у больных с сахарным диабетом 2 типа включают:

- а) голодание;
- б) хроническая передозировка инсулина;
- в) инфекция;
- г) абсолютная инсулиновая недостаточность;
- д) верно все, кроме б);

39. Помповая инсулинотерапия:

- а) способствует снижению гликированного гемоглобина;
- б) снижает риск гипогликемии;
- в) позволяет не следовать принципам диетотерапии;
- г) снижает риск кетоацидоза;
- д) верно все, кроме в) и г);

40. Диагноз сахарного диабета устанавливается при:

- а) уровне гликированного гемоглобина выше 5,5%;
- б) уровне гликемии натощак 5,6 ммоль/л (плазма);
- в) похудании, глюкозурии, гликемии 12 ммоль/л при случайном определении;
- г) жажде, сухости во рту, наличии сахарного диабета 2 типа у сестры отца;

41. Что из нижеперечисленного является главным источником глюкозы в период длительного голодания?

- а) запасы гликогена в печени;
- б) глицерол, освобожденный из триглицеридов;
- в) лактат из скелетной мускулатуры;
- г) синтез глюкозы из аминокислот в печени;
- д) синтез глюкозы из НЭЖК в печени;

42. Что из перечисленного ниже верно в отношении механизма действия бигуанидов?

- а) не влияют на периферическую утилизацию глюкозы;
- б) тормозят глюконеогенез и способствуют увеличению содержания лактата, пирувата;
- в) не нарушают всасывание в кишечнике глюкозы, аминокислот, желчных кислот, соли, воды, фолиевой кислоты;
- г) не влияют на жировой обмен;
- д) обладают умеренно выраженным аноректическим действием;

43. Расчет индекса HOMA-IR:

- а) произведение уровней глюкоза венозной плазмы натощак и базального уровня инсулина, деленное на 22,5;
- б) разность содержания инсулина в крови натощак и через 2 часа после еды, деленная на 18,2;
- в) масса тела (кг), деленная на квадрат роста (м);
- г) отношение уровня глюкозы к уровню инсулина;

44. Инсулинорезистентность – это:
- а) короткий период жизни молекулы инсулина;
  - б) состояние, характеризующееся снижением или отсутствием биологического эффекта инсулина при его нормальном или повышенном содержании в крови;
  - в) аллергическая реакция на инсулин;
  - г) характерна для сахарного диабета 1 типа;
45. 34-летняя медсестра поступила в стационар в состоянии ступора. При лабораторном обследовании: гликемия – 2,2 ммоль/л, инсулин – 85 МЕД/мл (норма до 22), С-пептид –5,2 нг/мл (норма 0,5-2,0), проинсулин - 0,6 нг/мл (норма до 0,02). Гипогликемия может быть обусловлена:
- а) приемом препаратов сульфаниламидов;
  - б) инъекцией инсулина;
  - в) инсулиномой;
  - г) приемом пентамидина;
46. Терапевтические цели у лиц пожилого возраста с наличием множественных осложнений сахарного диабета соответствуют:
- а) гликированный гемоглобин ниже 6,5%;
  - б) гликированный гемоглобин ниже 6,9%;
  - в) гликированный гемоглобин ниже 7,0%;
  - г) гликированный гемоглобин ниже 8%;
47. Какие патологические процессы из названных ниже развиваются в результате гипергликемии?
- а) осмотический диурез;
  - б) дегидратация;
  - в) глюкозурия;
  - г) гипокалиемия;
  - д) верно все, кроме г);
48. Для каких заболеваний не характерна гиперинсулинемия?
- а) хронический панкреатит;
  - б) ожирение по абдоминальному типу;
  - в) метаболический синдром;
  - г) гестационный сахарный диабет;
49. В каких случаях проведение перорального глюкозотолерантного теста противопоказано?
- а) Ожирение;
  - б) сахарный диабет;
  - в) глюкоза крови натощак 6,1 ммоль/л (венозная плазма), через 2 часа после еды 6,0 ммоль/л;
  - г) язвенная болезнь желудка в стадии обострения;
  - д) верно все кроме, а) и в);
50. К контринсулярным гормонам относятся все, кроме:
- а) глюкагон;
  - б) соматотропин;
  - в) тиреоидные гормоны;
  - г) пролактин;
  - д) кортизол;
51. Антитела к антигенам бета-клеток определяют в следующих случаях:
- а) с целью подтверждения аутоиммунного генеза заболевания;
  - б) с целью определения прогноза заболевания;
  - в) с целью уточнения связи с другими аутоиммунными заболеваниями и/или предрасположенности к ним;
  - г) все вышеперечисленное верно;
52. Нарушенная гликемия натощак – это:

- а) глюкоза капиллярной крови  $> 5,5$  ммоль/л;
- б) глюкоза капиллярной крови  $> 5,5$  ммоль/л, но  $< 6,0$  ммоль/л;

53. На каком сроке развития беременности показано проведение скрининга на наличие гестационного сахарного диабета:

- а) 18-20 недель;
- б) 20-24 недели;
- в) 24-28 недель;
- г) 32-36 недель;

54. Особенности лактацидотической комы являются все, кроме:

- а) летальность выше 95%;
- б) тяжелый метаболический ацидоз;
- в) диагноз ставится при определении уровня лактата крови выше 5 ммоль/л;
- г) дыхание Куссмауля;
- д) запах ацетона в выдыхаемом воздухе;

55. К осложнениям инсулинотерапии не относится:

- а) инсулинорезистентность;
- б) липодистрофии;
- в) синдром постгипогликемической гипергликемии;
- г) гипогликемия;
- д) кетоацидоз;

56. Методы диагностики поздних осложнений сахарного диабета не включают:

- а) электронейромиографию;
- б) мониторинг гликемии;
- в) доплерографию сосудов нижних конечностей;
- г) фундоскопию;
- д) расчет скорости клубочковой фильтрации;

57. Вторичный сахарный диабет не развивается при следующих заболеваниях:

- а) синдром Кушинга;
- б) хронический панкреатит;
- в) акромегалия;
- г) МЭН-1;

58. Лечение сахарного диабета 2 типа у мужчины 58 лет с ожирением по абдоминальному типу, гиперинсулинемией, гипергликемией 15 ммоль/л в течение дня, артериальной гипертензией следует начать с:

- а) диета, бигуаниды, глибенкламид;
- б) диета, инсулин;
- в) диета, бигуаниды, инсулин;
- г) диета, бигуаниды, кальциевые блокаторы;
- д) диета, инсулин, иАПФ;

59. Микроальбуминурия является:

- а) маркером повреждения базальной мембраны клубочка;
- б) маркером повреждения мезангия;
- в) диабетической нефропатии;
- г) маркером эндотелиальной дисфункции;
- д) все верно, кроме б);

60. Показаниями к переводу на инсулинотерапию больных с сахарным диабетом 2 типа являются:

- а) отказ больного от диетотерапии и приема ПОСПП;
- б) увеличение массы тела;
- в) гликированный гемоглобин 6,5% на фоне диетотерапии и приема бигуанидов;

- г) похудание, отсутствие эффекта от ПОСПП, оперативное вмешательство, тяжелая макроангиопатия;
61. Выберите основные клинические действия метформина:
- а) Подавление глюконеогенеза в печени;
  - б) Увеличение поглощения глюкозы тканями кишечника, скелетной мускулатурой;
  - в) Уменьшение периферической инсулинорезистентности;
  - г) Стимуляция секреции инсулина  $\beta$ -клетками поджелудочной железы;
62. В основе гипогликемизирующего действия метформина лежит:
- а) Торможение гликогенолиза;
  - б) Уменьшение активности транслокаторов глюкозы;
  - в) Ингибирование расщепления и всасывания полисахаридов в кишечнике;
  - г) Подавление глюконеогенеза;
63. В лечении сахарного диабета типа 2 используют:
- а) Бигуаниды;
  - б) Производные сульфонилмочевины;
  - в) Диету;
  - г) Производное Д-фенилаланина (Старликс);
64. При лечении сахарного диабета типа 2 применяют следующие вещества:
- а) Инсулин;
  - б) Производное Д-фенилаланина;
  - в) Метформин;
  - г) Буформин;
65. При сахарном диабете типа 2 у лиц с ожирением наиболее правильно в качестве сахарозаменителя использовать:
- а) Фруктозу;
  - б) Ксилит;
  - в) Сорбит;
  - г) Аспартам;
66. К сахарозаменителям при сахарном диабете относятся:
- а) Ксилит;
  - б) Сорбит;
  - в) Аспартам;
  - г) Мед;
67. Показанием к назначению инсулинотерапии при сахарном диабете типа 2 являются:
- а) Вторичная резистентность к сахароснижающим препаратам;
  - б) Резкая потеря веса в сочетании с нарастанием уровня гликемии;
  - в) Снижение клиренса креатинина ( $< 30$  мл/мин), высокий уровень креатинина крови;
  - г) Инфаркт миокарда;
68. Клинические стадии диабетической нефропатии (классификация Могенсен) характеризуются:
- а) Гипертензия;
  - б) Отечный синдром;
  - в) Уремия;
  - г) Микроальбуминурия;
69. В каких случаях при диабетической нефропатии назначают блокаторы ангиотензин конвертирующего фермента?
- а) Микроальбуминурия и нормальное АД;
  - б) Микроальбуминурия и повышенное АД;
  - в) Протеинурия, сниженная скорость клубочковой фильтрации (49 мл/мин);
  - г) Протеинурия при нормальной скорости клубочковой фильтрации;

70. При сахарном диабете часто развиваются:
- Снижение вибрационной и тактильной чувствительности;
  - Ретинальные геморрагии;
  - Инфекции мочевой системы;
  - Повышение артериального давления;
71. Осложнениями сахарного диабета являются:
- Ограничение подвижности мелких суставов (хайропатия);
  - Недостаточность коры надпочечников;
  - Гломерулосклероз;
  - Гипертрихоз;
72. К проявлениям и осложнениям диабетической нейропатии относят:
- Язвенные дефекты стопы;
  - Деформация стопы;
  - Снижение периферической чувствительности;
  - Ортостатическую гипотонию;
73. Следствием поражения нервной системы при сахарном диабете являются:
- Ортостатическая гипотония;
  - Перебегающая хромота;
  - Безболевая ишемия миокарда;
  - Катаракта;
74. К факторам риска развития диабетической макроангиопатии относят:
- Гипертриглицеридемию;
  - Гиперхолестеринемию;
  - Артериальную гипертензию;
  - HbA1c > 7,5%;
75. Укажите факторы риска развития диабетической макроангиопатии.
- Повышение количества липопротеидов низкой плотности;
  - Гиперинсулинизм;
  - HbA1c > 7,5%;
  - Повышение количества липопротеидов высокой плотности;
76. Развитию нейропатической язвы при сахарном диабете способствуют:
- Длительное течение заболевания;
  - Злоупотребление алкоголем;
  - Деформация стоп, пальцев, суставов;
  - Снижение пульсации на артериях стоп;
77. Для ишемической формы синдрома диабетической стопы характерны:
- Сухая бледная кожа, участки гиперкератоза;
  - Перебегающая хромота;
  - Язвенный дефект в областях нагрузочного давления;
  - Атрофия кожи, цвет бледный или цианотичный;
78. Для сахарного диабета типа 1 характерны:
- Выраженность клинических симптомов, острое начало диабета;
  - У большей части больных отягощен наследственный анамнез;
  - Наличие аутоантител к бета-клеткам поджелудочной железы;
  - Уровень с-пептида в норме или повышен;
79. Следующие утверждения типичны для сахарного диабета 1 типа:
- Манифестация заболевания преимущественно в пожилом возрасте;

- б) Морфологически проявляется инсулитом;
- в) При данном заболевании редко встречаются другие заболевания эндокринной системы;
- г) Нет отягощенного наследственного анамнеза по сахарному диабету типа 1;

80. Какие из перечисленных утверждений типичны для сахарного диабета типа 1?

- а) Молодой возраст во время клинической манифестации;
- б) У большей части больных неотягощен наследственный анамнез ;
- в) Склонность к развитию кетоацидоза;
- г) Абсолютный дефицит инсулина;

81. Для больных с сахарным диабетом типа 2 характерно:

- а) Отягощенный наследственный анамнез;
- б) Гиперинсулинемия;
- в) Ожирение;
- г) Препаратом выбора является инсулин;

82. Сахарный диабет типа 2 характеризуется:

- а) Отягощенным наследственным анамнезом;
- б) Склонностью к развитию кетоацидоза;
- в) Относительным дефицитом инсулина на момент манифестации заболевания;
- г) Гиноидным типом ожирения у большинства больных;

83. Для гестационного сахарного диабета характерно все, кроме:

- а) Манифестация в 1-ом триместре;
- б) Связь с генами главного комплекса гистосовместимости;
- в) Манифестация в 3-ем триместре;
- г) Макросомия плода;

84. Гестационный сахарный диабет характеризуется:

- а) Манифестирует во 2-ом триместре беременности;
- б) Имеет четкую связь с генами главного комплекса гистосовместимости;
- в) Обычно манифестирует у женщин старше 25 лет;
- г) Требуется прерывания беременности;

85. Для гестационного сахарного диабета характерно:

- а) Манифестирует во 2-ом триместре;
- б) Обычно манифестирует кетоацидотическим состоянием;
- в) Проходит после родоразрешения;
- г) Лечение проводится бигуанидами;

86. Для пролиферативной диабетической ретинопатии характерны:

- а) Неоваскуляризация сетчатки;
- б) Катаракта;
- в) Массивные геморрагии сетчатки;
- г) Экзофтальм;

87. Абсолютные показания к инсулинотерапии:

- а) Некомпенсируемый диетой гестационный диабет;
- б) Гиперосмолярная кома у больного сахарным диабетом 2 типа;
- в) Инфаркт миокарда у больного сахарным диабетом;
- г) Обширная полостная операция;

88. Выбрать абсолютные показания к назначению инсулина:

- а) Сахарный диабет типа 1;
- б) Нейропатическая неинфицированная язва стопы;
- в) Хроническая почечная недостаточность у больного СД типа 2;
- г) Прролиферативная ретинопатия;

89. Для большинства подтипов сахарного диабета типа MODY характерно:
- Начало в молодом возрасте;
  - Наследственный характер;
  - Относительно благоприятное течение заболевания;
  - Начало в зрелом, чаще пожилом возрасте;
90. Генетические формы сахарного диабета (MODY) характеризуются:
- Быстрым развитием абсолютного дефицита инсулина;
  - Началом в детском или молодом возрасте;
  - Тактика лечения больных не отличается от таковой при СД типа 1;
  - Наследственным характером заболевания;
91. Основные лечебные мероприятия по выводу больных из кетоацидоза включают:
- Инсулинотерапию;
  - Восстановление электролитного баланса;
  - Восстановление кислотно-щелочного баланса;
  - Регидратацию;
92. Больной поступил в стационар в состоянии диабетической кетоацидотической комы. При поступлении необходимо исследовать следующие показатели:
- Пульс и частоту дыхания;
  - Кислотно-щелочное равновесие;
  - Гематокрит;
  - Гликемию;
93. В первый час лечения взрослого больного с кетоацидозом должно быть обязательно введено:
- Инсулин короткого действия 10 Ед парентерально;
  - Хлорид калия 1,5–2,0 г;
  - 1000 мл 0,9% раствора хлорида натрия;
  - 4% раствор гидрокарбоната натрия;
94. К состояниям, способствующим развитию и усугублению гиперосмолярной комы при сахарном диабете относятся:
- Рвота;
  - Прием диуретиков;
  - Понос;
  - Избыточное употребление жидкости больным;
95. Гиперосмолярная некетацидотическая кома характеризуется:
- Нормальным КЩС;
  - Высокими цифрами гликемии;
  - Отсутствием выраженных изменений содержания калия в крови;
  - Выраженной дегидратацией;
96. Укажите мероприятия по выводу больного из гиперосмолярной некетацидотической комы:
- Внутривенное введение 0,45% раствора NaCl при эффективной осмолярности крови выше 320 мОсм/л;
  - Внутривенное введение 0,45% раствора NaCl при эффективной осмолярности крови выше 220 мОсм/л;
  - Внутривенное введение 0,9% раствора NaCl при нормальных значениях эффективной осмолярности крови;
  - Инсулинотерапия необязательна;
97. Назначение метформина противопоказано при:
- Беременности;

- б) Заболеваниях печени;
- в) Злоупотреблении алкоголем;
- г) Гиперхолестеринемии;

98. Хроническая передозировка инсулина проявляется:

- а) Прибавкой массы тела;
- б) Гипогликемическими реакциями;
- в) Гипергликемией;
- г) Прогрессирующим снижением веса;

99. Молодому пациенту с субкомпенсацией сахарного диабета типа 2 на диетотерапии, ожирением и гиперхолестеринемией предпочтительно назначить:

- а) Глимепирид;
- б) Пиоглитазон;
- в) Глибенкламид;
- г) Метформин;

100. В диетотерапии для больных с неосложненным СД типа 1 учитывают:

- а) Количество белков в граммах;
- б) Суточное потребление калорий;
- в) Количество жиров в граммах;
- г) Хлебные единицы;

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО РАЗДЕЛУ «ДИАБЕТОЛОГИЯ»

##### ВАРИАНТ 1

1	Д	26	Б	51	Г	76	Б
2	Д	27	Г	52	Б	77	Г
3	А	28	Д	53	Г	78	Б
4	Д	29	Д	54	А	79	Г
5	А	30	Г	55	Д	80	В
6	Б	31	Г	56	Д	81	В
7	Д	32	А	57	Б	82	Д
8	Д	33	Б	58	Д	83	Г
9	А	34	А	59	Г	84	Б
10	Д	35	А	60	В	85	В
11	Д	36	Г	61	В	86	В
12	В	37	Г	62	В	87	А
13	В	38	Б	63	А	88	Б
14	Г	39	Д	64	Б	89	Г
15	В	40	В	65	В	90	Б
16	Б	41	Д	66	В	91	Б
17	В	42	Д	67	Г	92	Б
18	Д	43	А	68	Б	93	Г
19	Д	44	Б	69	Г	94	Б
20	Д	45	Г	70	Б	95	Г
21	В	46	Г	71	Д	96	В
22	В	47	Г	72	В	97	Д
23	Д	48	А	73	А	98	Г
24	Г	49	Д	74	В	99	Б
25	Б	50	В	75	Б	100	Д

## ВАРИАНТ 2

1	Г	26	Г	51	Г	76	А
2	Б	27	Д	52	Б	77	В
3	Б	28	Г	53	В	78	Б
4	Г	29	Г	54	Д	79	В
5	В	30	Б	55	Д	80	Д
6	Б	31	Д	56	Б	81	А
7	А	32	Б	57	Г	82	Б
8	Г	33	Г	58	Г	83	А
9	Б	34	А	59	Д	84	Б
10	Б	35	А	60	Г	85	Б
11	В	36	Г	61	А	86	Б
12	Д	37	А	62	Г	87	Д
13	В	38	Д	63	Д	88	Б
14	Г	39	Д	64	А	89	А
15	В	40	В	65	Г	90	В
16	Г	41	Д	66	А	91	Д
17	А	42	Д	67	Д	92	Д
18	А	43	А	68	А	93	А
19	Г	44	Б	69	Д	94	А
20	Б	45	В	70	Д	95	Д
21	А	46	Г	71	Б	96	Г
22	Д	47	Д	72	Д	97	А
23	В	48	А	73	Б	98	А
24	Д	49	Д	74	Д	99	В
25	Б	50	Г	75	А	100	Г

## ТИРЕОИДОЛОГИЯ

### ВАРИАНТ 1

- Для врожденного гипотиреоза характерны все симптомы, кроме:
  - Задержка психомоторного развития;
  - Длительно существующая желтуха новорожденных;
  - Сухость кожи;
  - Быстрое закрытие большого родничка;
  - Мышечная гипотония;
- Что наиболее всего подходит для групповой йодной профилактики?
  - Йодированная поваренная соль;
  - Йодированная бутилированная вода;
  - Йодированный хлеб;
  - Молекулярный йод;
  - Йодид калия;
- Какие препараты относятся к патогенетическим при лечении диффузного токсического зоба?
  - Тиреостатики;
  - Седативные;

- в) Ингибиторы АПФ;
- г) Левотироксин;
- д) в-блокаторы;

4. Какие средства ВОЗ рекомендует для индивидуальной профилактики йододефицита?

- А) Калия йодид;
- б) Левотироксин;
- в) Пищевые добавки;
- г) Витамины группы В;
- д) Йодсодержащие поливитамины;

5. Какой показатель является основным при диагностике аутоиммунного тиреоидита?

- а) повышенный титр тиреоидблокирующих антител;
- б) Повышенный уровень ТТГ в крови;
- в) Пониженный уровень ТТГ в крови;
- г) Повышенный уровень тиреоидстимулирующих антител;

6. Какой процесс является основным в патогенезе диффузного токсического зоба?

- а) Повышенная выработка тиреоидблокирующих антител;
- б) Повышенная выработка ТТГ;
- в) Повышенная выработка тиреоидстимулирующих антител;
- г) Лимфоидная инфильтрация ткани щитовидной железы;
- д) Аутоиммунное разрушение фолликулов;

7. Потребность в йоде повышена во всех возрастных группах, кроме:

- а) Дети;
- б) Подростки;
- в) Пожилые;
- г) Беременные;
- д) Новорожденные;

8. Какой метод является методом выбора при неэффективности или противопоказаниях к назначению тиреостатических показателей?

- а) Струмэктомия;
- б) Терапия радиоактивным йодом;
- в) Терапия бета-блокаторами;
- г) терапия глюкокортикоидами;
- д) терапия препаратами лития;

9. Какой метод лечения наиболее показан при наличии в щитовидной железе узла размером 3 см на фоне эутиреоза?

- а) Гемиструмэктомия;
- б) Терапия радиоактивным йодом;
- в) Терапия супрессивными дозами левотироксина;
- г) Терапия лечебными дозами препаратов йодида калия;
- д) Терапия большими дозами препаратов йода;

10. Какой препарат наиболее показан при аутоиммунном тиреоидите, сопровождающемся гипотиреозом и высоким титром антител к тиреопероксидазе?

- а) калия йодид в лечебной дозе;
- б) калия йодид в профилактической дозе;
- в) левотироксин в заместительной дозе;
- г) глюкокортикоиды;
- д) левотироксин в супрессивной дозе;

11. Для какого заболевания характерна невыраженная пролиферация фолликулярного эпителия и

накопление коллоида по данным тонкоигольной аспирационной биопсии?

- а) Эндемический зоб;
- б) Аутоиммунный тиреоидит;
- в) Тиреотоксическая аденома щитовидной железы;
- г) Диффузный токсический зоб;
- д) Подострый тиреоидит Де Кервена;

12. Что из перечисленного не является показанием к субтотальной резекции щитовидной железы?

- а) диффузный токсический зоб;
- б) многоузловой токсический зоб;
- в) многоузловой нетоксический зоб;
- г) токсическая аденома правой доли щитовидной железы;

13. Тиреотоксикоз:

- а) это клинико-лабораторный синдром, формирующийся при высоких концентрациях тиреоидных гормонов и их токсического действия на ткани и органы;
- б) это клинико-лабораторный синдром, формирующийся при низких концентрациях тиреоидных гормонов;
- в) проявляется признаками активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы;
- г) развивается в результате связывания тиреоидблокирующих антител с рецепторами к ТТГ;
- д) встречается при зобе любой этиологии;

14. Гипотиреоз характеризуется:

- а) артериальной гипертензией, гипогликемией, гипокалиемией, увеличением массы тела;
- б) преобладанием анаболических процессов, повышением АД, отеками, выпадением волос, сухостью кожных покровов, снижением ТТГ;
- в) преобладанием катаболических процессов, повышением АД, отеками, выпадением волос, сухостью кожных покровов, снижением ТТГ;
- г) преобладанием анаболических процессов, повышением АД, отеками, выпадением волос, сухостью кожных покровов, повышением ТТГ;

15. Субклинический гипотиреоз является показанием для начала терапии левотироксином:

- а) всегда;
- б) при значении ТТГ выше 5 мкМЕ/мл;
- в) никогда;
- г) при значении ТТГ выше 10 мкМЕ/мл;

16. При цитологической картине фолликулярной опухоли пациенту показано:

- а) наблюдение;
- б) наблюдение, подбор дозы левотироксина;
- в) тиреостатики;
- г) оперативное лечение с обязательным срочным гистологическим исследованием;

## ВАРИАНТ 2

1. Какие изменения уровней тиреоидных гормонов и ТТГ характерны для субклинического тиротоксикоза?

- а)  $T_3$  — повышен;  $T_4$  — в норме; ТТГ — в норме;
- б)  $T_3$  — в норме;  $T_4$  — в норме; ТТГ — подавлен (снижен);
- в)  $T_3$  — повышен;  $T_4$  — повышен; ТТГ — подавлен (снижен);
- г)  $T_3$  — повышен;  $T_4$  — повышен; ТТГ — в норме;
- д)  $T_3$  — в норме;  $T_4$  — повышен; ТТГ — в норме;

2. Какие изменения уровней тиреоидных гормонов и ТТГ характерны для субклинического гипотироза?

- а)  $T_3$  — повышен;  $T_4$  — в норме; ТТГ — в норме;
- б)  $T_3$  — в норме;  $T_4$  — в норме; ТТГ — повышен;
- в)  $T_3$  — повышен;  $T_4$  — повышен; ТТГ — повышен;

- г)  $T_3$  — подавлен (снижен);  $T_4$  — подавлен (понижен); ТТГ — существенно повышен;  
д)  $T_3$  — в норме;  $T_4$  — повышен; ТТГ — в норме;

3. Тестом первого уровня в диагностике первичного гипотироза является:

- а) Определение уровня свободного тироксина;  
б) Определение уровня общего тироксина;  
в) Определение уровня ТТГ;  
г) Определение уровня тироксин-связывающего глобулина;  
д) Определение уровня трийодтиронина;

4. Зобом является:

- а) Хорошо пальпируемая щитовидная железа;  
б) Заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции;  
в) Заболевание щитовидной железы, осложнившееся компрессией трахеи;  
г) Увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин;  
д) Пальпируемое узловое образование щитовидной железы;

5. К регионам эндемичным по дефициту йода в окружающей среде не относятся:

- а) Москва и Московская область;  
б) Япония;  
в) Германия;  
г) Австрия и Германия;  
д) Регионы восточной Сибири;

6. Диагностическим тестом оценки обеспечения популяции йодом является:

- а) Определение уровня ТТГ;  
б) Определение размеров щитовидной железы;  
в) Определение медианы йодурии;  
г) Определение среднего арифметического значения экскреции йода с мочой в исследуемой группе;  
д) Ни один из перечисленных тестов;

7. При каком заболевании всегда (абсолютно) показано оперативное лечение щитовидной железы?

- а) Фолликулярная аденома (диаметр 3,9 x 4,0 мм);  
б) Узловой коллоидный зоб (диаметром 1,4 x 1,3 см);  
в) Гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита с формированием псевдоузлов (диаметр 2,2 x 2,5 см);  
г) Многоузловой зоб (объем щитовидной железы 32 мл);  
д) Диффузный токсический зоб (объем щитовидной железы 22 мл);

8. Механизм действия препаратов тионамидов (метимазол, пропилтиоурацил) подразумевает:

- а) Подавление секреции ТТГ аденогипофизом;  
б) Подавление секреции тиреоидных гормонов по механизму Вольфа—Чайкова;  
в) Предотвращение поступления йода в щитовидную железу;  
г) Нарушение йодизации тирозина, МИТ и ДИТ в результате подавления активности пероксидазы тироцитов;  
д) Нарушение синтеза тироглобулина в результате подавление активности пероксидазы тироцитов;

9. В основе патогенеза тиротоксикоза при подостром тиреоидите лежит:

- а) Выработка тиростимулирующих аутоантител;  
б) Разрушение тироцитов и выход содержимого фолликулов в кровяное русло;  
в) Компенсаторная гиперфункция щитовидной железы в ответ на воспалительные изменения;  
г) Гиперпродукция тиреоидных гормонов щитовидной железой;  
д) Гиперпродукция ТТГ в ответ на воспалительные изменения в щитовидной железе;

10. Что такое симптом Грефе?

- а) Один из глазных симптомов тиротоксикоза;  
б) Из всех заболеваний, протекающих с тиротоксикозом, встречается только при диффузном

токсическом зоба;

- в) Указывает наличие эндокринной офтальмопатии;
- г) Позволяет косвенно оценить тяжесть тиротоксикоза;
- д) Все перечисленное верно;

11. Диплопия при диффузном токсическом зобе является:

- а) Одним из глазных симптомов тиротоксикоза;
- б) Позволяет косвенно оценить тяжесть тиротоксикоза;
- в) Из всех заболеваний, протекающих с тиротоксикозом, встречается только при диффузном токсическом зобе;
- г) Является симптомом эндокринной офтальмопатии;
- д) Все перечисленное верно;

12. Какова суточная потребность взрослого человека в йоде?

- а) 150–200 мкг;
- б) 150–200 мг;
- в) 60–80 мкг;
- г) 500 мкг и более;
- д) 10–15 грамм;

13. Методом выбора лечения послеоперационного рецидивного диффузного токсического зоба является:

- а) Полугодовой курс терапии тиамазолом (Мерказолилом);
- б) Повторное оперативное вмешательство в условиях специализированного хирургического стационара;
- в) Полугодовой курс терапии пропилтиоурацилом;
- г) Терапия радиоактивным йодом;
- д) Терапия тиростатиками (мерказолил, пропилтиоурацил) в сочетании с иммуномодуляторами (тималин, Т-активин, препараты растительного происхождения);

14. Методом выбора лечения диффузного токсического зоба II ст. (объем железы 60 см<sup>3</sup>) средней степени тяжести является?

- а) Полугодовой курс терапии мерказолилом в сочетании с левотироксином (L-тироксином);
- б) Оперативное вмешательство в хирургическом стационаре после достижения эутироза;
- в) Полугодовой курс терапии пропилтиоурацилом;
- г) Терапия радиоактивным йодом;
- д) Терапия тиростатиками (мерказолил, пропилтиоурацил) в сочетании с иммуномодуляторами (тималин, Т-активин, препараты растительного происхождения);

15. Исследование уровня трийодтиронина наиболее оправдано при:

- а) Подозрении на субклинический гипотиреоз;
- б) Подозрении на озлокачествление узлового зоба;
- в) Выявлении тяжести тиреотоксикоза;
- г) Обнаружении сниженного уровня ТТГ и нормального Т<sub>4</sub> ;
- д) В любом случае при исследовании функционального состояния щитовидной железы;

16. Увеличение щитовидной железы свидетельствует:

- а) О наличии у пациента тиреотоксикоза;
- б) О наличии у пациента диффузного токсического зоба;
- в) О необходимости назначения пациенту профилактических доз препаратов йода;
- г) О необходимости назначения пациенту терапии левотироксином (50–100 мкг/сут);
- д) Все перечисленное неверно;

17. В патогенезе формирования зоба при дефиците йода в организме наиболее важное значение имеет:

- а) Повышение уровня ТТГ выше нормы;
- б) Стимуляция выработки антитиреоидных антител;
- в) Повышение чувствительности тироцитов к ТТГ и активация тканевых факторов роста тироцитов;

- г) Развитие гипотироза с компенсаторной гиперплазией тироцитов;
- д) Повышение уровня тироксин-связывающего глобулина плазмы;

18. Диагноз аутоиммунного тиреоидита может быть поставлен на основании:

- а) УЗИ щитовидной железы;
- б) Определения уровня антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции;
- в) Сцинтиграфии щитовидной железы;
- г) Исследования уровня тиреоидных гормонов и ТТГ;
- д) Ни на одном из отдельно взятых перечисленных исследований;

19. Каким будет Ваше заключение при обнаружении у пациента с помощью УЗИ щитовидной железы гипэхогенной структуры в левой доле диаметром 2 мм (объем щитовидной железы и уровни тиреоидных гормонов в норме):

- а) Практически здоров;
- б) Эндемический зоб;
- в) Узловой эутиреоидный зоб;
- г) Зоб II;
- д) Солитарный узел левой доли щитовидной железы (показана пункционная биопсия узлового образования);

20. Сцинтиграфия щитовидной железы позволяет:

- а) Выявить узловые образования щитовидной железы;
- б) Диагностировать зоб;
- в) Оценить функциональную активность узлового образования, выявленного другими методами;
- г) Дифференцировать доброкачественные и злокачественные образования щитовидной железы;
- д) Все перечисленное верно;

21. Выберите справедливое утверждение в отношении подострого тиреоидита.

- а) Является аутоиммунным заболеванием, поэтому для его лечения используются глюкокортикоиды;
- б) В исходе развивается гипотиреоз;
- в) Несмотря на наличие тиреотоксикоза гиперфункция щитовидной железы отсутствует;
- г) Тиреостатики (мерказолил) для лечения не используются, поскольку тиреотоксикоз имеет легкое течение;
- д) В отличие от диффузного токсического зоба, лихорадка не наблюдается;

22. Какие симптомы поражения ЖКТ и ЦНС не характерны для тиреотоксикоза?

- а) «Глинистый» стул с гнилостным запахом;
- б) Обильный неоформленный стул;
- в) Боли по ходу кишечника;
- г) Желтушность кожных покровов и слизистых;
- д) Возбудимость, раздражительность;

23. К хроническим тиреоидитам не относится:

- а) Аутоиммунный тиреоидит
- б) Сифилитический тиреоидит
- в) Туберкулезный тиреоидит
- г) Гранулематозный тиреоидит де Кервена
- д) Безболевого тиреоидит

24. Что из перечисленного является наиболее верным диагностическим исследованием в отношении подтверждения диагноза тиреоидита Хашимото?

- а) Исследование гормонов щитовидной железы и ТТГ;
- б) Проведение сканирования щитовидной железы;
- в) УЗИ щитовидной железы;
- г) Определение аутоантител к тиреоглобулину;
- д) Тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы;

25. Что послужило причиной изменения гормональных показателей функции щитовидной железы у женщины 47 лет?

Больная обратилась с жалобами на приступы сердцебиения, боли за грудиной различного характера и интенсивности, потливость, слабость последние 5 месяцев. Проведен курс лечения седативными, нитратами и кордароном. На фоне проведенного лечения отмечает значительное улучшение, однако потливость и приступы сердцебиения сохраняются.

Объективно: больная весит 85 кг, рост 160 см, кожа влажная, теплая. Тремора рук, тела нет, глазные симптомы отрицательны. Щитовидная железа — 17 см<sup>3</sup>. В анализе крови обращает внимание повышение уровня ТТГ и общего тироксина.

- а) Диффузный токсический зоб;
- б) Первичный гипотиреоз;
- в) Вторичный гипотиреоз;
- г) Лечение нитратами;
- д) Лечение кордароном;

26. Установите локализацию патологического процесса у пациента 56 лет с низким уровнем ТТГ и Т4. Проведена проба с тиреолиберином, уровень гормонов щитовидной железы и ТТГ повысился.

- а) Щитовидная железа;
- б) Передняя доля гипофиза;
- в) Щитовидная железа и аденогипофиз;
- г) Гипоталамус;
- д) Нейрогипофиз и гипоталамус;

27. Выберите наиболее верную тактику лечения.

Больная 64 лет с диагнозом: токсическая аденома щитовидной железы, тиротоксикоз тяжелого течения. ИБС: стенокардия напряжения II, атеросклероз коронарных, церебральных сосудов. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Артериальная гипертензия.

В течение месяца получала лечение тиамазолом (мерказолилом) в дозе 40 мг в сутки, атенололом 120 мг в сутки. На момент осмотра симптомов тиреотоксикоза нет, приступы стенокардии 1–2 раза в неделю, явления мерцательной аритмии остались.

- а) Продолжить лечение с постепенным снижением дозы мерказолила до поддерживающей в 10 мг в сутки и присоединить левотироксин;
- б) Отменить мерказолил, продолжить лечение бета-адреноблокаторами, добавить нитраты;
- в) Отменить атенолол, уменьшить дозу мерказолила до поддерживающей и добавить левотироксин;
- г) Назначить лечение радиоактивным йодом или провести оперативное лечение токсической аденомы;
- д) Добавить левотироксин и нитраты;

28. 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.

При пальпации щитовидной железы: пальпируются обе доли, размер больше дистальной фаланги, в правой доле определяется нечетко очерченное узловое образование 1,5x1,3 см. Остальная ткань железы плотная, объем железы 28 см<sup>3</sup>. Проведена тонкоигольная пункционная биопсия, в препарате нет атипичных клеток, имеется выраженная лимфоцитарная инфильтрация, клетки Ашкенази—Гюртле. Поставьте диагноз.

- а) Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма;
- б) Тиреотоксическая аденома;
- в) Узловой нетоксический зоб;
- г) Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма;
- д) Узловой токсический зоб;

29. Женщина 25 лет жалуется на боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С. В течение двух лет страдает ДТЗ 2 ст., средней тяжести. Лечилась в течение полугода тиамазолом (мерказолилом), начиная с 40 мг с постепенным снижением дозы до 10 мг, L-тироксина 50 мкг. Год назад возник рецидив, начато лечение мерказолилом в дозе 50 мг/с. За последние три дня до обращения

к врачу принимала анальгин в связи с альгоменореей. Накануне вечером возникла боль в горле, поднялась температура. Самостоятельно принимала сульфодиметоксин, анальгин и тетрациклин без эффекта.

Наиболее вероятный диагноз?

- а) Подострый тиреоидит;
- б) Декомпенсация ДТЗ;
- в) ОРВИ в сочетании с ДТЗ;
- г) ДТЗ, агранулоцитоз с формирующейся некротической ангиной;
- д) Заглоточный абсцесс в сочетании с ДТЗ;

30. Больной с диагнозом «Диффузный токсический зоб 1 степени, тяжелого течения. Дисгормональная миокардиодистрофия, мерцательная тахикардия. Тиреогенная надпочечниковая недостаточность. Эндокринная офтальмопатия 2 степени». Получал лечение мерказолилом 40 мг/с и бета-адреноблокаторами с хорошим эффектом. Тиреотоксикоз компенсирован, приступов мерцательной аритмии в последние 2 месяца не было, явлений надпочечниковой недостаточности нет. Однако при контрольном обследовании выявлено увеличение железы, подтвержденное при УЗИ.

Определите наиболее вероятную причину увеличения щитовидной железы.

- а) Нарастание признаков тиреотоксикоза;
- б) Проявление тиреогенной надпочечниковой недостаточности;
- в) Лечение глюкокортикоидами;
- г) Лечение феназепамом;
- д) Лечение тиреостатиками (тиамазолом);

31. К производным имидазола относится:

- а) Мерказолил;
- б) Кеналог;
- в) Старликс;
- г) Перхлорат калия;
- д) Анаприлин;

32. Симптом Штельвага это:

- а) Отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх;
- б) Отставание верхнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз;
- в) Отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх;
- г) Редкое мигание;
- д) Потемнение кожи на веках;

33. В лечении сердечной недостаточности, развившейся в результате тиреотоксической миокардиодистрофии, нежелательно использовать:

- а) Атенолол;
- б) Дигоксин;
- в) Верошпирон;
- г) Гипотиазид;
- д) Лазикс;

34. Выбрать наиболее точное описание лица при гипотиреозе:

- а) Бледное лицо, черты заострены;
- б) Амимичное отечное лицо, прогнатизм;
- в) Лицо восковидное, отечное, кожные покровы теплые;
- г) Восковидное бледное лицо, румянец ограничен на щеках;
- д) Румянец в виде «бабочки», акроцианоз;

35. Какое вещество является базовым (стандартным) в профилактике йодного дефицита в РФ?

- а) Йодид калия;
- б) Йодат калия;
- в) Йодат натрия;
- г) Неорганический йод;

д) Все вышеперечисленное;

36. Всасывание йода в организме в виде йодида происходит:

- а) В полости рта;
- б) В желудке;
- в) В тонком кишечнике;
- г) В толстом кишечнике;
- д) Во всех отделах ЖКТ;

37. Какой из перечисленных тиреоидных гормонов осуществляет основное биологическое действие в периферических тканях:

- а) ТТГ;
- б) Трийодтиронин;
- в) Тироксин;
- г) Моноiodтирозин;
- д) Дийодтирозин;

38. Биологическая активность трийодтиронина в сравнении с тироксином:

- а) Выше в 100 раз;
- б) Ниже в 100 раз;
- в) Выше в 5 раз;
- г) Ниже в 5 раз;
- д) Одинакова;

39. Избыточное действие тиреоидных гормонов вызывает в организме:

- а) Усиление процессов синтеза белка и торможение катаболизма;
- б) Усиление катаболизма;
- в) Усиление продукции ТТГ;
- г) Усиление синтеза липидов;
- д) Увеличивает активность инсулина;

40. Период полураспада радиофармпрепарата Йод-131 составляет:

- а) 14 суток;
- б) 30 суток;
- в) 1 день;
- г) 4 дня;
- д) 8 суток;

41. Тест с тиролиберинем в основном используется для диагностики:

- а) Фолликулярного рака щитовидной железы;
- б) Диффузного токсического зоба;
- в) Дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипотиреоза;
- г) Узлового токсического зоба;
- д) В настоящее время данный тест в клинической практике не используется;

42. Период полураспада технеция составляет:

- а) 1 час;
- б) 5 часов;
- в) 14 часов;
- г) 24 часа;
- д) 7–8 суток;

43. Исследование тиреоглобулина в крови показано для диагностики:

- а) Диффузного токсического зоба в сомнительных случаях у пожилых;
- б) Дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипотиреоза;
- в) Метастазов высокодифференцированных раков щитовидной железы после удаления щитовидной железы;

- г) Аутоиммунного тиреоидита Хашимото у беременных в III триместре;  
д) Эндемического (йоддефицитного) зоба в регионах с медианой йодурии 50 мкг/л;
44. При лечении аутоиммунного тиреоидита глюкокортикоиды назначают:
- а) 1 раз в день;  
б) Через день;  
в) 1 раз в неделю;  
г) Применяют пульс-терапию;  
д) Не используют;
45. У больных с фиброзирующим тиреоидитом (Риделя) щитовидная железа при пальпации:
- а) Мягко-эластической консистенции;  
б) В подавляющем большинстве случаев не пальпируется;  
в) Резко болезненная, определяется флюктуация;  
г) Плотная, каменная;  
д) Ни одно из перечисленных выше;
46. У больных с диффузным токсическим зобом щитовидная железа при пальпации:
- а) Мягко-эластической консистенции;  
б) Пальпируются плотные узловые образования в обеих долях;  
в) При ДТЗ железа не пальпируется из-за атрофии;  
г) Неравномерно плотная железа с участками мягко-эластической консистенции;  
д) Гладкая и плотная;
47. У больных атрофическим аутоиммунным тиреоидитом щитовидная железа при пальпации:
- а) Плотная, «каменная», увеличена в размерах;  
б) Пальпируются плотные узловые образования в обеих долях;  
в) Железа не пальпируется;  
г) Неравномерно плотная железа с участками мягко-эластической консистенции;  
д) Гладкая и плотная;
48. Цитологическая и гистологическая картина аутоиммунного тиреоидита в стадии эутиреоза характеризуется:
- а) Обильная лимфоцитарная инфильтрация, клетки Ашкенази—Гюртле;  
б) Тотальная гиперплазия тироцитов, отсутствие инфильтрации клетками иммунной системы;  
в) Гигантоклеточные гранулемы;  
г) Преобладание фиброза, прорастание капсулы;  
д) Все вышеперечисленное;
49. В лечении первичного гипотиреоза наиболее правильно использовать:
- а) Комбинированные препараты, содержащие Т3 и Т4;  
б) Комбинированные препараты, содержащие йодид и Т4;  
в) Левотироксин (L-тироксин);  
г) Йодид;  
д) Трийодтиронин;
50. Патогенез вторичного гипотиреоза связан с:
- а) Увеличением секреции тиреолиберина;  
б) Уменьшением секреции тиреолиберина;  
в) Невосприимчивостью щитовидной железы к влиянию ТТГ;  
г) Увеличением секреции ТТГ;  
д) Уменьшением секреции ТТГ;

### ВАРИАНТ 3

1. Для какого заболевания характерна выраженная лимфоидная инфильтрация по данным тонкоигольной аспирационной биопсии?

- а) Эндемический зоб;
  - б) Аутоиммунный тиреоидит;
  - в) Тиреотоксическая аденома щитовидной железы;
  - г) Диффузный токсический зоб ;
  - д) Подострый тиреоидит Де Кервена;
2. Что наиболее всего подходит для групповой йодной профилактики?
- а) Йодированная поваренная соль;
  - б) Йодированная бутилированная вода;
  - в) Йодированный хлеб;
  - д) Молекулярный йод;
  - г) Йодид калия;
3. Какой метод является методом выбора при неэффективности или противопоказаниях к назначению тиреостатических показателей?
- а) оперативное лечение;
  - б) Терапия радиоактивным йодом;
  - в) Терапия бета-блокаторами;
  - г) терапия глюкокортикоидами;
  - д) терапия препаратами лития ;
4. Для врожденного гипотиреоза не характерно:
- а) Задержка психомоторного развития;
  - б) Длительно существующая желтуха новорожденных;
  - в) Сухость кожи;
  - г) Быстрое закрытие большого родничка;
  - д) Мышечная гипотония;
5. Какие показатели относятся к диагностическим критериям аутоиммунного тиреоидита?
- А) повышенный титр тиреоидблокирующих антител;
  - б) Повышенный уровень ТТГ в крови и повышенный титр антител к тиреопероксидазе;
  - в) Пониженный уровень ТТГ в крови;
  - г) Повышенный уровень тиреоидстимулирующих антител;
6. Какой процесс является основным в патогенезе диффузного токсического зоба?
- а) Повышенная выработка тиреоидблокирующих антител;
  - б) Повышенная выработка ТТГ;
  - в) Повышенная выработка тиреоидстимулирующих антител;
  - г) Лимфоидная инфильтрация ткани щитовидной железы;
  - д) Аутоиммунное разрушение фолликулов;
7. Потребность в йоде снижена в возрастных группах:
- а) Дети;
  - б) Подростки;
  - в) Пожилые;
  - г) Беременные;
  - д) Новорожденные;
8. Что из перечисленного является показанием к субтотальной резекции щитовидной железы?
- А) диффузный токсический зоб;
  - Б) многоузловой токсический зоб;
  - В) многоузловой нетоксический зоб;
  - Г) токсическая аденома правой доли щитовидной железы;
  - Д) все, кроме г);
9. Для гипотиреоза не характерно:
- а) артериальной гипертензией, гипогликемией, гипокалиемией, увеличением массы тела;

- б) преобладание анаболических процессов, повышением АД, отеками, выпадением волос, сухостью кожных покровов, снижением ТТГ;
- в) преобладание катаболических процессов, повышением АД, отеками, выпадением волос, сухостью кожных покровов, снижением ТТГ;
- г) преобладание анаболических процессов, повышением АД, отеками, выпадением волос, сухостью кожных покровов, повышением ТТГ;
- д) все, кроме г);

10. Какие препараты не применяются при лечении диффузного токсического зоба?

- а) Тиреостатики;
- б) Седативные;
- в) Ингибиторы АПФ;
- г) Левотироксин;
- д) в-блокаторы;

11. Какие средства ВОЗ рекомендует для индивидуальной профилактики йододефицита?

- А) Калия йодид;
- б) Левотироксин;
- в) Пищевые добавки;
- г) Витамины группы В;
- д) Йодсодержащие поливитамины;

12. При тиреотоксикозе средней тяжести поддерживающая доза мерказолила в сутки составляет:

- а) 30-40 мг;
- б) 20 мг;
- в) 10-15 мг;
- г) 2,5 мг;
- д) ничего из перечисленного;

13. Тиреотоксикоз:

- а) это клинико-лабораторный синдром, формирующийся при высоких концентрациях тиреоидных гормонов и их токсического действия на ткани и органы;
- б) это клинико-лабораторный синдром, формирующийся при низких концентрациях тиреоидных гормонов;
- в) проявляется признаками активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы;
- г) развивается в результате связывания тиреоидблокирующих антител с рецепторами к ТТГ;
- д) встречается при зобе любой этиологии;

14. При цитологической картине тиреоидита Хашимото пациенту не показано:

- а) склеротерапия;
- б) наблюдение, подбор дозы левотироксина;
- в) тиреостатики;
- г) оперативное лечение с обязательным срочным гистологическим исследованием;
- д) все, кроме б);

15. Субклинический гипотиреоз является показанием для начала терапии левотироксином:

- а) всегда;
- б) при значении ТТГ выше 5 мкМЕ/мл;
- в) никогда;
- г) при значении ТТГ выше 10 мкМЕ/мл;

16. С помощью какого метода возможно подтвердить диагноз токсической аденомы?

- а) УЗИ щитовидной железы;
- б) тонкоигольная аспирационная биопсия;
- в) построение кривой поглощения препарата йода;
- г) сцинтиграфия;

## ВАРИАНТ 4

1. Антитела к рецепторам ТТГ могут обусловить все перечисленное, кроме
  - а) стимуляции аденилатциклазы и усиления биосинтеза тиреоидных гормонов;
  - б) блокирования рецепторов и снижения биосинтеза тиреоидных гормонов;
  - в) при взаимодействии со щитовидной железой блокирования рецептора, вызывая рефрактерность к действию ТТГ;
  - г) корреляции между функциональным состоянием щитовидной железы и количеством антител к рецепторам ТТГ;
2. На ЭКГ при токсическом зобе констатируют все перечисленное, кроме
  - а) высоких зубцов R, P и T при легкой форме заболевания;
  - б) укорочения интервала P-Q при легкой форме;
  - в) отрицательного зубца T при тяжелой форме;
  - г) двухфазного зубца T при тяжелой форме;
  - д) отрицательного зубца T при легкой форме;
3. Особенности течения токсического зоба у пожилых является все перечисленное, кроме
  - а) значительных изменений сердечно-сосудистой системы;
  - б) частого развития мерцательной аритмии;
  - в) частого развития недостаточности кровообращения;
  - г) тремора рук, нередко крупного;
  - д) редкого наличия апатетического тиреотоксикоза;
4. Тиреотоксическое сердце характеризуется всеми следующими проявлениями, кроме
  - а) постоянной мерцательной аритмии;
  - б) увеличения размеров сердца;
  - в) недостаточности кровообращения;
  - г) значительных изменений в большом круге кровообращения (периферические отеки, увеличение печени, асцит, гидроторакс);
  - д) развития застойных явлений в малом круге кровообращения;
5. Тиреотоксический криз сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме
  - а) тошноты, рвоты, профузного поноса;
  - б) профузного потоотделения;
  - в) мышечной адинамии;
  - г) нормальной температуры;
  - д) значительной тахикардии;
6. Поглощение  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой увеличено во всех приведенных случаях, кроме
  - а) диффузного токсического зоба;
  - б) эндемического зоба;
  - в) субтотальной тиреоидэктомии;
  - г) лечения радиоактивным йодом;
  - д) смазывания кожи йодом;
7. Сканирование щитовидной железы при токсическом зобе позволяет установить все перечисленное, кроме
  - а) активности различных ответов щитовидной железы;
  - б) определения ее эктопированной ткани;
  - в) загрудинного расположения;
  - г) выявления «горячих», «теплых» и «холодных» узлов;
  - д) проведения дифференциальной диагностики с раком щитовидной железы;
8. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение
  - а) антител к тиреоглобулину;

- б) антител к тиреопероксидазе;
  - в) антител к клеткам щитовидной железы;
  - г) иммуноглобулинов;
  - д) антител ко второму коллоидному антигену;
9. Для тиреотоксической аденомы в отличие от диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме
- а) наличия «горячего» узла при сканировании при уменьшенном поглощении  $^{131}\text{I}$  окружающей тканью;
  - б) отсутствия тиреоидстимулирующих антител;
  - в) наличия тиреоидстимулирующих антител;
  - г) наличия узла при пальпации или сканировании;
  - д) тахикардии;
10. Длительность терапии мерказолилом составляет не менее
- а) 2–3 мес;
  - б) 4–6 мес;
  - в) 7–11 мес;
  - г) 12–18 мес;
  - д) 19–24 мес;
11. Сердечно-сосудистые нарушения при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) брадикардии;
  - б) расширения границ сердца;
  - в) увеличения минутного и систолического объема крови;
  - г) снижения артериального давления;
  - д) развития атеросклероза, ИБС;
12. Для гипотиреоидной комы характерно все перечисленное, кроме
- а) резкой гипотермии при отсутствии инфекции;
  - б) нарастающего торможения ЦНС (ступор, кома);
  - в) прогрессирующей брадикардии;
  - г) прогрессирующей артериальной гипотензии;
  - д) гипергликемии;
13. Лабораторные данные при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) анемии;
  - б) гиперхолестеринемии;
  - в) ускорения СОЭ;
  - г) гипоальбуминемии и гиперглобулинемии;
  - д) гипохолестеринемии;
14. Особенности биосинтеза тиреоидных гормонов в условиях йодной недостаточности является все перечисленное, кроме
- а) низкого уровня тироксина;
  - б) повышенного уровня трийодтиронина;
  - в) нормального уровня тироксина;
  - г) повышенного уровня тироксина;
  - д) нормального уровня трийодтиронина;
15. Функция щитовидной железы при подостром тиреоидите, как правило
- а) повышена;
  - б) понижена;
  - в) не нарушена;
  - г) верно все перечисленное;
  - д) дистиреоз;
16. Продолжительность подострого тиреоидита обычно составляет

- а) 4–6 мес;
- б) 1–2 мес;
- в) десятилетия;
- г) 5–7 дней;
- д) 1.5–2 года;

17. Для гистологической картины аутоиммунного тиреоидита характерно

- а) фиброз с прорастанием капсулы;
- б) инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и клетками Гюртля;
- в) гигантоклеточные гранулемы;
- г) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами;
- д) прорастание лимфатических и кровеносных сосудов и капсулы железы;

18. Назначение тиреоидных препаратов при нормальной функции щитовидной железы является

- а) нецелесообразным;
- б) целесообразным;

19. Наиболее частым исходом фиброзного тиреоидита является

- а) тиреотоксикоз;
- б) гипотиреоз;
- в) эутиреоз;
- г) Т3-тиреотоксикоз;
- д) хаситоксикоз;

20. Медулярный рак щитовидной железы развивается

- а) из А-клеток — фолликулярных;
- б) из В-клеток — клеток Ашкенази;
- в) из С-клеток — парафолликулярных;
- г) из клеток Гюртля;
- д) из плоскоклеточного эпителия;

#### ВАРИАНТ 5

1) Согласно классификации ВОЗ для 2 степени зоба характерно

- 1 визуальное увеличение щитовидной железы;
- 2 пальпаторное увеличение щитовидной железы;
- 3 зоб, изменяющий конфигурацию шеи;
- 4 щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи;
- 5 каждая доля равна 1 фаланге большого пальца пациента;

2) Нарушения функции почек при тиреотоксикозе могут проявляться:

- 1 нарушением реабсорбции кальция и фосфора;
- 2 протеинурией;
- 3 усилением фильтрационной способности почек;
- 4 нарушением почечного кровотока;
- 5 нарушением концентрационной функции;

3) При проведении пробы с трийодтиронином для токсического зоба характерно:

- 1 снижение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой (на 50%);
- 2 отсутствие угнетения поглощения радиоактивного йода щитовидной железой;
- 3 угнетение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой (на 60% и >);
- 4 повышение поглощения йода щитовидной железой на 30%;
- 5 повышение поглощения йода щитовидной железой на 50% и >;

4) При проведении пробы с тиролиберином для диффузного токсического зоба характерно:

Варианты ответов

- 1 нормальный ответ секреции ТТГ на введение тиролиберина;

- 2 отсутствие повышения уровня ТТГ;
  - 3 повышение уровня ТТГ на 50% и>;
  - 4 снижение уровня ТТГ на 50% и>;
  - 5 снижение уровня ТТГ на 30%;
- 5) Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение
- 1 антител к тиреоглобулину;
  - 2 антител к микросомальной фракции;
  - 3 К рецептору ТТГ ;
  - 4 иммуноглобулинов;
  - 5 антител ко второму коллоидному антигену;
- 6) При тиреотоксикозе средней тяжести первоначальная доза мерказолила в сутки составляет:
- 1 30-40 мг;
  - 2 20 мг;
  - 3 10 мг;
  - 4 5 мг;
  - 5 2,5 мг;
- 7) Длительность терапии мерказолилом тиреотоксикоза составляет не менее:
- 1 2-3 мес;
  - 2 4-6 мес;
  - 3 7-11 мес;
  - 4 12-18 мес;
  - 5 19-24 ме;
- 8) Механизм действия радиоактивного йода при диффузном токсическом зобе обусловлен:
- 1 воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью;
  - 2 воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе;
  - 3 блокированием поступления йода в щитовидную железу;
  - 4 торможением превращения тироксина в трийодтиронин;
  - 5 блокированием ТТГ;
- 9) Подготовка больных с тиреотоксикозом к радиоiodтерапии включает:
- 1 достижение эутиреоидного состояния до назначения радиоактивного йода;
  - 2 лечение на фоне тиреотоксикоза;
  - 3 лечение на фоне достижения гипотиреоза;
  - 4 лечение на фоне бета-адреноблокаторов;
  - 5 лечение радиоактивным йодом при любой функции щитовидной железы;
- 10) Особенностью функциональной активности тиреотоксической аденомы является:
- 1 секреция тироксина автономна, не зависит от секреции ТТГ;
  - 2 секреция тироксина зависит от секреции ТТГ;
  - 3 секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ;
  - 4 аденома, не подавляет продукцию ТТГ;
  - 5 снижение функции остальной ткани щитовидной железы не происходит;
- 11) Для тиреотоксической аденомы характерно
- 1 отрицательная проба с подавлением ТЗ;
  - 2 положительная проба с подавлением ТЗ;
  - 3 определение большого количества тиреостимулирующих антител;
  - 4 умеренное увеличение тиреостимулирующих антител;
  - 5 положительная проба с тиролиберином;
- 12) Третичный гипотиреоз обусловлен:
- 1 аденомой гипофиза;

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

13) Патогенез первичного гипотиреоза обусловлен

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

14) При вторичном гипотиреозе имеет место:

- 1 уменьшение секреции ТТГ;
- 2 увеличение секреции ТТГ;
- 3 увеличение секреции тиролиберина;
- 4 снижение секреции-тиролиберина;
- 5 снижение синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода;

15) Патогенез третичного гипотиреоза обусловлен:

- 1 уменьшением синтеза тиролиберина;
- 2 аутоиммунным процессом в щитовидной железе;
- 3 увеличением секреций ТТГ;
- 4 секрецией биологически неактивного ТТГ;
- 5 увеличением синтеза тиролиберина;

16) При третичном гипотиреозе выявляют:

- 1 снижение базального уровня тиролиберина;
- 2 повышение уровня тиролиберина;
- 3 увеличение уровня ТТГ;
- 4 увеличение пролактина;
- 5 увеличение основного обмена;

17) Препаратом выбора для заместительной терапии гипотиреоза является:

- 1 тиреоидин;
- 2 тиреотом;
- 3 тирекомб;
- 4 L-тироксин;
- 5 трийодтиронин;

18) Трудовой прогноз больных с гипотиреозом зависит от.

- 1 степени тяжести гипотиреоза;
- 2 механизма происхождения (первичный, вторичный, третичный);
- 3 уровней ТТГ, Т4 и Т3, в крови;
- 4 дозировки тиреоидных препаратов;
- 5 уровней холестерина, основного обмена;

19) Тяжелой степени зобной эндемии соответствует содержание йода в воде:

- 1 1-2мкг/л;
- 2 2-3 мкг/л;
- 3 3-4 мкг/л;
- 4 4-5 мкг/л;
- 5 более 5 мкг/л;

20) Наименее активными тиреоидными препаратами являются

- 1 тиреотом;

- 2 тирекомб;
- 3 L-тироксин-100;
- 4 галатирон;
- 5 трийодтиронин;

21) При исследовании теста поглощения I щитовидной железой максимальное повышение 131 I наблюдается при эндемическом зобе

- 1 через 2 часа;
- 2 через 4 часа;
- 3 через 24 часа;
- 4 равномерно повышено через 2-4 и 24 часа;
- 5 равномерно снижено через 2-4 и 24 часа;

22) В лечении эндемического зоба предпочтительнее:

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

23) Для профилактики эндемического зоба предпочтительнее

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

24) Наиболее часто при остром тиреоидите выявляют

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

25) В патогенезе острого тиреоидита играет роль:

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

26) Патоморфологическим изменением в тканях щитовидной железы при остром тиреоидите является:

- 1 фиброз, гиалиноз;
- 2 инфильтрация полиморфоядерными лимфоцитами;
- 3 инфильтрация лимфоцитами, многоядерные клетки Гюртле - Ашкенази;
- 4 метаплазия клеток фолликулярного эпителия;
- 5 прорастание окружающих тканей, поражение регионарных лимфоузлов;

27) Функция щитовидной железы при остром тиреоидите, как правило:

- 1 повышена;
- 2 понижена;
- 3 не нарушена;
- 4 меняется в соответствии с фазой заболевания;
- 5 характеризуется, как дистиреоз;

28) Наиболее информативным методом исследования щитовидной железы при остром тиреоидите является:

- 1 осмотр;
- 2 пальпация;
- 3 УЗИ С пункционной биопсией;
- 4 латеральная рентгенография шеи;
- 5 аускультация щитовидной железы;

29) Продолжительность острого тиреоидита составляет

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

30) Исходом острого тиреоидита, как правило, является

- 1 гипотиреоз;
- 2 выздоровление;
- 3 переход в хроническое течение;
- 4 подострый тиреоидит;
- 5 злоообразование в щитовидной железе;

31) Диспансерное наблюдение для острого тиреоидита:

- 1 требуется;
- 2 не требуется;
- 3 в течение 6 месяцев;
- 4 в течение 2 лет;
- 5 пожизненно;

32) Подострый тиреоидит (тиреоидит Де Кервена) могут вызвать:

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

33) Особенностью эндемического зоба у детей и подростков является:

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

34) Осложнениями острого тиреоидита являются:

- 1.гнойный медиастинит;
- 2.тромбоз вен шеи;
- 3.флегмона шеи, аспирационная пневмония;
4. Верно 1,2,3;
- 5.Все неверно;

35) Острый тиреоидит диагностируется на основании:

- 1.острого начала заболевания с высокой температурой;
- 2.воспаления в области щитовидной железы, иногда с наличием флюктуации;
- 3.нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, увеличением СОЭ;
- 4.болезненности в области щитовидной железы с иррадиацией в нижнюю челюсть, ухо, затылок;
- 5.Все верно;

36) Клиника острого тиреоидита включает:

- 1.острое начало заболевания с высокой температурой до 39-40С;

- 2.боль в щитовидной железе, иррадиирующую в челюсти, в ухо, в затылок, усиливающуюся при глотании, движении шеи, пальпации;
- 3.отек, гиперемия кожи и болезненность над пораженным участком щитовидной железы;
- 4.флюктуацию;
- 5.Все верно;

37) Видами профилактики эндемического зоба являются:

- 1.государственная профилактика - применение Йодированной соли;
- 2.групповая профилактика, специфическая профилактика;
- 3.индивидуальная профилактика;
- 4.фторирование воды;
- 5.Верно все, кроме (4);

38) Для эндемического зоба наиболее характерен уровень ТТГ

- 1.нормальный;
- 2.нормальный или повышенный;
- 3.повышенный;
- 4.нормальный или сниженный;
- 5.Сниженный;

39) Для субклинического гипотиреоза характерно:

1. небольшое повышение ТТГ;
- 2.нормальный или слегка повышенный уровень свободного Т3;
- 3.повышение поглощения I131 более 50% через 24 часа;
- 4.нормальный уровень свободного Т4;
- 5.Все верно;

40) Дифференциальный диагноз узлового эндемического зоба проводится с:

1. узловым спорадическим зобом;
2. узловой формой аутоиммунного тиреоидита;
3. раком щитовидной железы;
- 4.токсической аденомой щитовидной железы;
- 5.Все верно;

41) Осложнениями эндемического зоба больших размеров, являющимися показаниями к оперативному лечению зоба, являются:

- 1.сдавление пищевода;
- 2.сдавление трахеи;
3. сдавление сосудисто-нервного пучка шеи;
- 4.неприятные ощущения при глотании;
- 5.Все верно, кроме (4);

42) Признаками сдавления органов шеи являются:

- 1.затрудненное дыхание;
- 2.сердцебиение;
- 3.неприятные ощущения при глотании;
- 4.чувство комка в горле;
- 5.все верно;

43) Для эндемического зоба больших размеров характерно:

- 1.диффузное увеличение щитовидной железы;
- 2.многоузловые формы зоба;
- 3.одиночный узел в щитовидной железе;
- 4.смешанный зоб;
- 5.Все верно;

44) Дифференциальный диагноз острого тиреоидита проводят:

1. с подострым тиреоидитом;
2. с кровоизлиянием в щитовидную железу;
3. с медиастинитом;
4. с саркомой, карциномой щитовидной железы;
5. все верно;

45) Лечение острого тиреоидита включает:

1. антибиотики широкого спектра, особенно влияющие на кокковую флору;
2. сульфаниламиды;
3. компрессы;
4. вскрытие абсцесса, дренаж, удаление нагноившейся доли;
5. все верно;

46) Причиной острого бактериального тиреоидита является:

1. ангина, тонзиллит;
2. пневмония;
3. синусит, отит;
4. любая острая или хроническая инфекция;
5. Верно (2) и (4);

47) Болезнь Грейвса у пожилых пациентов проявляется следующим:

1. застойной сердечной недостаточностью;
2. апатичным состоянием;
3. наличием "масок" тиреотоксикоза;
4. манифестацией заболевания нарушением сердечного ритма;
5. все верно;

48) Для клиники гипотиреоза наиболее характерными жалобами являются:

1. слабость, прибавка веса, запоры;
2. быстрая утомляемость;
3. нарушения памяти;
4. сухость кожи, выпадение волос;
5. все верно;

49) Для тиреоидной гиперплазии I-II степени в детском возрасте характерно:

1. лабильность пульса;
2. лабильность кровяного давления;
3. склонность к инфекциям;
4. отставание в половом развитии;
5. все верно;

50) Для подострого тиреоидита характерно:

1. генетические и иммунные нарушения, приводящие к развитию гранулематозного тиреоидита;
2. повышение СОЭ до 60-80 мм/час;
3. развитие негнойного воспаления щитовидной железы с нарушением функции;
4. Наличие болевого синдрома;
5. все верно;

51) Наблюдаются следующие клинические варианты течения подострого тиреоидита

1. фульминантная форма;
2. пролонгированная форма;
3. псевдобазедовидная форма;
4. псевдонеопластическая форма;
5. все верно;

52) Для подострого тиреоидита характерно:

1. острое начало заболевания через 3-6 недель после перенесенного вирусного заболевания;

- 2.повышение температуры тела отсубфебрильной до высокой;
- 3.появление резкой болезненности в области щитовидной железы, иррадиирующей в затылочную и височную области, нижнюю челюсть;
- 4.увеличение и уплотнение щитовидной железы, болезненность при пальпации, симптомы тиреотоксикоза;
- 5.все верно;

53) Различают следующие стадии подострого тиреоидита:

- 1.раннюю (тиреотоксическую);
- 2.переходную (эутиреоидную);
- 3.промежуточную (стадию временного гипотиреоза) и восстановительную (нормализация функции);
- 4.все верно;

54) Лабораторными показателями при подостром тиреоидите являются;

1. значительное увеличение СОЭ при нормальной формуле крови;
- 2.отсутствие поглощения <sup>125</sup>I щитовидной железой при клинике тиреотоксикоза;
- 3.повышение Т3, Т4, снижение ТТГ на ранней стадии заболевания;
- 4.все верно;

55) Дифференциальный диагноз подострого тиреоидита проводится с :

- 1.острым тиреоидитом;
- 2.кровоизлиянием в щитовидную железу;
- 3.аутоиммунным тиреоидитом;
- 4.перихондритом;
- 5.все верно;

56) Для патоморфологии эндемического зоба характерно:

- 1.паренхиматозный зоб (диффузный);
- 2.паренхиматозный зоб (узловой или смешанный);
- 3.коллоидный зоб с тенденцией к кистообразованию;
- 4.микрофолликулярный зоб;
5. все верно;

57) Пути проникновения инфекции в щитовидную железу:

- 1.гематогенный;
- 2.лимфогенный;
- 3.контактный;
- 4.все верно;

58) Продолжительность подострого тиреоидита обычно составляет:

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

59) Исходом подострого тиреоидита является:

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

60) Длительность наблюдения при подостром тиреоидите

- 1 2 месяца;
- 2 6 месяцев;
- 3 1года;

- 4 2 года;
- 5 пожизненное;

61) Гистологически аутоиммунный тиреоидит характеризуется:

- 1 фиброзом;
- 2 инфильтрацией лимфоцитами;
- 3 гигантоклеточными гранулемами;
- 4 инфильтрацией полиморфядерными лейкоцитами;
- 5 накоплением коллоида;

62) Атрофическая форма аутоиммунного тиреоидита ассоциируется с антигенами HLA

- 1 DR 3;
- 2 A 27;
- 3 A 3;
- 4 B 8;
- 5 BW 35;

63) Гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита ассоциируется с антигенами HLA:

- 1 DR 3;
- 2 DR 5;
- 3 A 3;
- 4 B 8;
- 5 BW 35;

64) Аутоиммунный тиреоидит является

- 1 системным аутоиммунным заболеванием;
- 2 органоспецифическим аутоиммунным заболеванием;
- 3 смешанным аутоиммунным заболеванием;
- 4 иммунодефицитом;
- 5 иммунопролиферативным заболеванием;

65) При аутоиммунном тиреоидите наиболее часто встречаются антитела к:

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

66) Рак щитовидной железы при аутоиммунном тиреоидите

- 1 встречается часто;
- 2 встречается редко;
- 3 не встречается;
- 4 встречается в 20% случаев;
- 5 встречается в 5% случаев;

67) При пальпации щитовидной железы для аутоиммунного тиреоидита характерно:

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

68) При сцинтиграфии для аутоиммунного тиреоидита характерно

- 1 "холодный" узел;
- 2 "горячий" узел;
- 3 отсутствие поглощения радиофармпрепарата;
- 4 неравномерное поглощение радиофармпрепарата;

5 повышенное поглощение радиофармпрепарата;

69) Исследование теста захвата с I-131 щитовидной железой рекомендуется для диагностики:

- 1 узлового зоба;
- 2 многоузлового зоба;
- 3 диффузного токсического зоба;
- 4 хронического аутоиммунного тиреоидита;
- 5 подострого гранулематозного тиреоидита;

70) В лечении аутоиммунного тиреоидита чаще всего используют

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

71) Синонимом фиброзного тиреоидита является:

- 1 тиреоидит Хасимото;
- 2 тиреоидит ДеКервена;
- 3 зоб Риделя;
- 4 аутоиммунный тиреоидит;
- 5 специфический тиреоидит;

72) Гистологически зоб Риделя характеризуется:

- 1 фиброзом с прорастанием капсулы щитовидной железы, сосудов и нервов;
- 2 гигантоклеточными гранулемами;
- 3 инфильтрацией полиморфноядерными лейкоцитами;
- 4 прорастанием капсулы щитовидной железы, лимфатических и кровеносных сосудов, спаянностью в кожей;
- 5 инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, клетками Гюртле;

73) При фиброзном тиреоидите щитовидная железа пальпаторно

- 1 плотная и болезненная;
- 2 плотная и безболезненная;
- 3 плотная и болезненная на ограниченном участке;
- 4 флюктуирует;
- 5 горячая на ощупь;

74) Наиболее частым исходом фиброзного тиреоидита является

- 1 субклинический гипотиреоз;
- 2 клинический гипотиреоз;
- 3 эутиреоз;
- 4 Т3 -тиреотоксикоз;
- 5 тиреотоксикоз;

75) Лечение фиброзного тиреоидита

- 1 консервативное;
- 2 хирургическое;
- 3 физиотерапевтическое;
- 4 рентгенотерапия;
- 5 лазеротерапия;

76) К группе риска по радиационному тиреоидиту относятся лица, в организм которых поступил:

- 1  $^{131}\text{I}$ ;
- 2 стронций;
- 3 цезий;
- 4 уран;

5 полоний;

77) В отдаленном периоде после облучения щитовидной железы наиболее вероятно развитие

- 1 струмы Лангханса;
- 2 зоба Хасимото;
- 3 рака щитовидной железы;
- 4 первичного гипотиреоза;
- 5 зоба Риделя;

78) Для профилактики радиационного тиреоидита необходимо назначать

- 1 мерказолил;
- 2 тиамазол;
- 3 пропицил;
- 4 йодистый калий;
- 5 перхлорат калия;

79) Наиболее часто медуллярный рак встречается

- 1 у родственников больных медуллярным раком щитовидной;
- 2 при наборе антигенов гистосовместимости HLA B 35;
- 3 при наборе антигенов гистосовместимости HLA DR 3;
- 4 при наборе антигенов гистосовместимости HLA DR 4;
- 5 при наборе антигенов гистосовместимости HLA DR 5;

80) При распространенном раке щитовидной железы наиболее часто отмечается:

- 1 нормальный уровень ТТГ;
- 2 сниженный уровень ТТГ;
- 3 повышенный уровень ТТГ;
- 4 повышенный уровень тиреоглобулина;
- 5 сниженный уровень тиреоглобулина;

81) Фактором риска развития злокачественных новообразований в щитовидной железе является:

- 1 радиационное повреждение щитовидной железы;
- 2 йодная недостаточность;
- 3 избыток фтора в воде;
- 4 подострый тиреоидит;
- 5 аутоиммунный тиреоидит;

82) Источником развития медуллярного рака щитовидной железы являются:

- 1 А-клетки – фолликулярные;
- 2 В-клетки - клетки Ашкенази;
- 3 С-клетки – парафолликулярные;
- 4 клетки Гюртля;
- 5 клетки плоскоклеточного эпителия;

83) Аутоиммунный тиреоидит у подростков наиболее часто сопровождается:

- 1 эутиреозом;
- 2 тиреотоксикозом;
- 3 субклиническим гипотиреозом;
- 4 офтальмопатией;
- 5 лимфаденопатией;

84) Наиболее редкой причиной тиреотоксикоза является

- 1 токсическая аденома щитовидной железы;
- 2 хронический лимфоцитарный тиреоидит;
- 3 подострый гранулематозный тиреоидит;
- 4 многоузловой зоб;
- 5 тиреотропинома;

- 85) Для диагностики тиреотоксикоза первостепенное значение имеет определение в крови концентрации
- 1 общего Т 4 и свободного Т 4;
  - 2 свободного Т 4 и свободного Т 3;
  - 3 свободного Т 3 и ТТГ;
  - 4 ТТГ и свободного Т 4;
  - 5 ТТГ и антител к пероксидазе тиреоцитов;
- 86) При диффузном токсическом зобе контроль тиреостатической терапии проводится по уровню в крови
- 1 ТТГ;
  - 2 свободного Т 3;
  - 3 свободного Т 4;
  - 4 антител к к тиреоглобулину;
  - 5 антител к тиреопероксидазе;
- 87) Главный симптом тиреотоксикоза
- 1 диффузный гипергидроз;
  - 2 наджелудочковая тахикардия;
  - 3 мерцательная аритмия;
  - 4 мышечная слабость;
  - 5 потеря в весе;
- 88) При тиреотоксической стадии подострого гранулематозного тиреоидита назначают
- 1 антибиотики и аспирин;
  - 2 аспирин и меркозалил;
  - 3 меркозалил и бета-адреноблокаторы;
  - 4 бета-адреноблокаторы и глюкокортикоиды;
  - 5 глюкокортикоиды и меркозалил;
- 89) Суточная потребность взрослого человека в йоде
- 1 50 мкг;
  - 2 100 мкг;
  - 3 200 мкг;
  - 4 300 мкг;
  - 5 500 мкг;
- 90) У беременной с повышенным уровнем общего Т3 и общего Т4 прежде всего необходимо провести
- 1 определение ТТГ;
  - 2 определение свободных Т3 и Т4;
  - 3 УЗИ щитовидной железы;
  - 4 радиоизотопную сцинтиграфию щитовидной железы;
  - 5 исследование интратиреоидного йода;
- 91) Для диагностики рака щитовидной железы наиболее информативна
- 1 эхотомография;
  - 2 радиоизотопная сцинтиграфия;
  - 3 компьютерная томография;
  - 4 пункционная биопсия;
  - 5 термография;
- 92) Наиболее достоверный показатель ремиссии диффузного токсического зоба - это
- 1 нормальный уровень свободных Т3 и Т4;
  - 2 нормальный уровень ТТГ;
  - 3 нормальный уровень антител к тиреопероксидазе;
  - 4 нормальный уровень антител к тиреоглобулину;
  - 5 нормальный уровень антител к рецептору ТТГ;

93) Доза левотироксина после операции по поводу папиллярного рака щитовидной железы обычно составляет

- 1 50-75 мкг;
- 2 75-100 ;
- 3 100-150;
- 4 150-200 ;
- 5 200-300 ;

94) Повышенный уровень кальцитонина является маркером

- 1 токсической аденомы щитовидной железы;
- 2 папиллярного рака;
- 3 фолликулярного рака;
- 4 медуллярного рака;
- 5 лимфома;

95) Введение тиреолибина вызывает усиление секреции

- 1 пролактина;
- 2 АКТГ;
- 3 ФСГ;
- 4 СТГ;
- 5 адреналина;

96) Тиреотропин (тиреотропный гормон) вызывает усиление синтеза

- 1 тироксина;
- 2 адреналина;
- 3 норадреналина;
- 4 кортизола;
- 5 тестостерона;

97) Синтез тиреотропного гормона усиливается:

- 1 тиреолиберином;
- 2 избытком тироксина;
- 3 избытком трийодтиронина;
- 4 дийодтиронином;
- 5 монойодтиронином;

98) При избытке тироксина в крови:

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

99) Тиреоглобулин является:

- 1 стероидом;
- 2 липопротеидом;
- 3 гликопротеидом;
- 4 углеводом;
- 5 витамином;

100) Йод всасывается в организме в виде йодида в:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО РАЗДЕЛУ «ТИРЕОДОЛОГИЯ»

ВАРИАНТ 1

1	Г
2	А
3	А
4	А
5	Б
6	В
7	В
8	А
9	А
10	В
11	А
12	Г
13	А
14	Г
15	Г
16	Г

ВАРИАНТ 2

1	Б	19	А	37	В
2	Б	20	В	38	Г
3	В	21	В	39	Б
4	Г	22	А	40	В
5	Б	23	Г	41	Б
6	В	24	Д	42	В
7	А	25	Д	43	В
8	Г	26	Г	44	Д
9	Б	27	Г	45	Г
10	А	28	Г	46	А
11	Г	29	Г	47	В
12	А	30	Д	48	А
13	Г	31	А	49	В
14	Б	32	Г	50	Д
15	Г	33	Б		
16	Д	34	Г		
17	В	35	В		
18	Д	36	Б		

ВАРИАНТ 3

1	Б
2	А
3	А
4	Г
5	Б
6	В
7	В
8	Д

9	Д
10	В
11	А
12	В
13	А
14	Д
15	Г
16	Г

#### ВАРИАНТ 4

1	Б	11	В
2	Д	12	Д
3	Д	13	Д
4	Г	14	Г
5	Г	15	А
6	В	16	Б
7	А	17	Б
8	Б	18	А
9	В	19	Б
10	Г	20	В

#### ВАРИАНТ 5

1	1	21	3	41	5	61	2	81	1
2	1	22	4	42	5	62	4	82	1
3	2	23	1	43	5	63	5	83	3
4	2	24	1	44	5	64	2	84	5
5	3	25	4	45	5	65	2	85	4
6	1	26	2	46	5	66	4	86	3
7	4	27	3	47	5	67	2	87	2
8	1	28	3	48	5	68	4	88	4
9	1	29	4	49	5	69	5	89	3
10	1	30	2	50	5	70	4	90	2
11	1	31	2	51	5	71	3	91	4
12	4	32	2	52	5	72	1	92	5
13	1	33	2	53	4	73	2	93	5
14	1	34	4	54	4	74	2	94	4
15	1	35	5	55	5	75	2	95	1
16	1	36	5	56	5	76	1	96	1
17	4	37	5	57	4	77	3	97	1
18	1	38	4	58	4	78	4	98	2
19	1	39	5	59	2	79	1	99	3
20	1	40	5	60	4	80	3	100	4

### ТЕРАПИЯ

1. При каких заболеваниях происходит удлинение фазы вдоха:
  - а) Дифтерия;
  - б) Хронический обструктивный бронхит;

- в) Аллергический отек гортани;
- г) Бронхиальная астма;
- д) Опухоли и инородные тела трахеи и крупных бронхов;

2. При каких заболеваниях происходит удлинение фазы выдоха:

- а) Дифтерия;
- б) Хронический обструктивный бронхит;
- в) аллергический отек гортани;
- г) Бронхиальная астма;
- д) Опухоли и инородные тела трахеи и крупных бронхов;

3. Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствует о деструкции ткани легкого?

- а) Кристаллы Шарко – Лейдена;
- б) Лейкоциты;
- в) Спирали Куршмана;
- г) Эластические волокна;
- д) Эритроциты;

4. Наиболее частым гранулематозным поражением легких неинфекционной природы является:

- а) Силикоз;
- б) Саркоидоз;
- в) гистиоцитоз Х;

5. Признаками тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ является

- а) резкая перегрузка левого предсердия;
- б) острая АВ блокада;
- в) высокие зубцы S<sub>I</sub>, Q<sub>III</sub>;
- г) резко отрицательный T<sub>III</sub>;
- д) все перечисленное;

6. Все нижеперечисленные формы пневмонии относятся к современной ее классификации (Американская легочная ассоциация Американского торакального общества), кроме:

- а) коммунальной (приобретенной вне стационара, «в обществе», обычно «домашней»);
- б) нозокомиальной (госпитальной, или больничной, возникшей через 2 суток и более после пребывания в стационаре);
- с) у иммунокомпроментированных больных;
- д) атипичной;
- е) Интерстициальной;

7. Какой антибиотик является средством выбора при лечении госпитальной пневмонии, по клиническим и бактериологическим исследованиям определяемой как пневмококковая:

- а) ампициллин;
- б) цефалоспорин III поколения;
- с) пенициллин;
- д) эритромицин;
- е) гентамицин;

8. При рецидиве пневмонии через несколько недель или месяцев требуется в первую очередь исключить:

- а) легочную тромбоэмболию;
- б) рак легких;
- в) туберкулез легких;
- г) гипостатическую пневмонию;

9. Основной принцип классификации пневмоний по МКБ-10:

- а) по этиологии;

- b) по патогенезу;
  - c) по клинико-морфологическим характеристикам;
  - d) по локализации и протяженности;
  - e) по тяжести;
  - f) по течению;
10. Ведущую роль в обострении хронического бронхита играют:
- a) *Str. pneumoniae*;
  - b) *H. influenzae*;
  - c) *M. catarrhalis*;
  - d) все вышеуказанные возбудители;
11. Укажите глюкокортикоид длительного действия (> 36 часов):
- a) гидрокортизон;
  - b) преднизолон;
  - c) метилпреднизолон;
  - d) триамцинолон;
  - e) дексаметазон;
12. Препарат, не являющийся базисным в лечении бронхиальной астмы:
- a) теофиллин;
  - b) бекотид;
  - c) интал;
  - d) тайлед;
13. Легочный фиброз может развиваться при приеме:
- a) мексотила;
  - b) кордарона;
  - v) хинидина;
  - г) пропранолола;
  - д) верапамила;
14. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:
- a) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови;
  - б) легочное кровотечение;
  - v) одышка и потеря массы тела;
  - г) лихорадка;
  - д) кровохарканье;
15. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:
- a) пенициллин;
  - б) цефалоридин;
  - v) ампициллин;
  - г) тетрациклин;
16. Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:
- a) через 1 неделю после начала лечения;
  - б) через 2 дня после нормализации температуры тела;
  - v) после исчезновения хрипов в легких;
  - г) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;
  - д) после нормализации РОЭ;
17. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначить:
- a) пенициллины;
  - б) эритромицин;
  - v) левомицитин;
  - г) стрептомицин;

д) цефотаксим;

18. Наиболее часто возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:

- а) пневмококк;
- б) микоплазма;
- в) клебсиелла;
- г) протей;
- д) хламидия;

19. Основными лекарственными препаратами применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме:

- а)  $\beta_2$ -агонистов;
- б) метилксантинов;
- в) блокаторов  $\beta_2$ -адренорецепторов;
- г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;
- д) мембраностабилизирующих препаратов;

20. К средствам, разрушающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят:

- а) трипсин, химопсин;
- б) производных пурина (метилксантины);
- в) бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван);
- г) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельвин и др.), мукодин;

21. К средствам улучшающим откашливание мокроты путем повышения ее текучести (уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят:

- а) трипсин, химопсин;
- б) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельвин и др. ), мукодин;
- в) бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван);
- г) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельвин и др.), мукодин.
- д) препараты бактериальных ферментов;

22. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится:

- а) саркоидоз;
- б) муковисцидоз и дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина;
- в) гамартохондромия;
- г) бронхиальная астма;
- д) рак легкого;

23. Какой возбудитель вызвал пневмонию у мужчины пожилого возраста на фоне ХНЗЛ с большим стажем алкоголизма, при которой образуется вязкая, тягучая мокрота, с трудом откашливаемая, имеющая запах подгоревшего мяса, по виду и консистенции напоминающая черносмородиновое желе; Rg-логически выявляется феномен «расползающегося сотового легкого», клинически — малое количество хрипов, выраженная интоксикация, дыхательная недостаточность, затяжное течение с развитием пневмофиброза, многочисленные бронхоэктазы и остаточные полости:

- а) клебсиелла пневмонии;
- б) вирус гриппа;
- с) хламидии;
- д) микоплазмы;

24. Клиническая картина острого агранулоцитоза включает все, кроме:

- а) слабость;
- б) лихорадку;
- с) инфекционный процесс;
- д) геморрагический синдром петехиального или гематомного типа;

25. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:
- а) верапамил;
  - б) нифедипин;
  - в) пропранолол (анаприлин)
  - г) нитросорбид;
  - д) этацизин;
26. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:
- а) обзидана;
  - б) нитроглицерина (в/в);
  - в) финоптина;
  - г) дибазола;
  - д) дигоксина;
27. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:
- а) кордарон;
  - б) новокаинамид;
  - в) бета-блокаторы;
  - г) лидокаин;
  - д) верапамил;
28. Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть:
- а) депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5;
  - б) подъем сегмента ST в отведении V4R;
  - в) увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2;
  - г) отрицательный зубец T в отведениях V1-V2;
  - д) снижение сегмента ST в отведении V4R;
29. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:
- а) правой коронарной артерии;
  - б) передней нисходящей коронарной артерии;
  - в) общем стволе левой коронарной артерии;
  - г) огибающей коронарной артерии;
  - д) артерии тупого края;
30. К антикоагулянтам непрямого действия относятся:
- а) варфарин;
  - б) гепарин;
  - с) свежемороженая плазма;
  - д) клопидогрель;
  - е) аминокaproновая кислота;
31. К антикоагулянтам прямого действия относится:
- а) варфарин, фенилин;
  - б) Гепарины;
  - с) свежемороженая плазма;
  - д) Тиклид;
  - е) аминокaproновая кислота;
32. Небольшую цитопению могут вызвать:
- а) Сульфаниламиды;
  - б) Мерказолил;
  - с) Миорелаксанты;

- d) Антибиотики;
- e) Мочегонные;

33. Для острого перикардита не характерно:

- a) брадикардия;
- b) повышение температуры тела;
- c) боль за грудиной;
- d) шум трения перикарда;
- e) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании;

34. У наркоманов наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

- a) митральный клапан;
- b) аортальный клапан;
- c) клапан легочной артерии;
- d) трехстворчатый клапан;
- e) клапан нижней полой вены;

35. Признаком дисфункции синусового узла является:

- a) выраженная синусовая брадикардия;
- b) мерцательная аритмия;
- c) предсердная экстрасистолия;
- d) атриовентрикулярная блокада I степени;
- e) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия;

36. Для купирования приступа желудочковой тахикардии при отсутствии эффекта от лидокаина применяют:

- a) новокаинамид;
- b) мезатон;
- c) обзидан;
- d) верапамил;
- e) Строфантин;

37. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- a) аортальным стенозом;
- b) митральным стенозом;
- c) аортальной недостаточностью;
- d) митральной недостаточностью;
- e) трикуспидальной недостаточностью;

38. Наиболее эффективными препаратами, предотвращающими приступы вазоспастической стенокардии, являются:

- a) нитраты;
- b) антагонисты кальция;
- c) бета-блокаторы;
- d) блокаторы If-каналов синусового узла;
- e) триметазидин;

39. Прогностически наиболее неблагоприятно является повышение уровня:

- a) Холестерина;
- b) Триглицеридов;
- c) Липопротеидов высокой плотности;
- d) Липопротеидов низкой плотности;

40. При инфаркте миокарда повышенный уровень тропонинов в сыворотке крови сохраняется:

- a) в течение 1-2 дней;
- b) в течение 3-5 дней;
- c) в течение 7-14 дней;

- d) в течение нескольких недель;
  - e) в течение нескольких месяцев;
41. За какой период времени у больного, идущего на внесердечную операцию, нужно отменить гепарин:
- a) за 5-6 дня;
  - b) за 2-3 дня;
  - c) накануне операции;
  - d) за 6 часов до операции;
  - e) за 1-2 часа до операции;
  - f) пропустить прием препарата только в день операции;
42. Повышение уровня тропонинов в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется:
- a) через 1-2 ч;
  - b) через 4-5 ч;
  - c) через 12-24 ч;
  - d) через 48 ч;
  - e) через 30 минут от начала заболевания;
43. Повышение АД при феохромоцитоме обусловлено:
- a) гиперпродукцией кортикостероидов;
  - b) увеличением образования альдостерона;
  - c) гиперпродукцией ренина;
  - d) увеличением образования катехоламинов;
44. Гипокалиемия наиболее характерна для:
- a. реноваскулярной гипертонии;
  - b. феохромоцитомы;
  - c. первичного гиперальдостеронизма;
  - d. хронического пиелонефрита;
  - e. поликистоза почек;
45. Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:
- a) сердечные гликозиды;
  - b) бета-блокаторы;
  - c) периферические вазодилататоры;
  - d) сердечные гликозиды и нитраты;
  - e) сердечные гликозиды и диуретики;
46. При лечении АГ больных пожилого возраста наиболее целесообразно использование:
- a) Допегита;
  - b) Клофелина ;
  - c) антагонистов кальция;
  - d) бета-блокаторов;
  - e) петлевые диуретики;
47. У больных артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью для снижения АД целесообразно использовать:
- a) клофелин;
  - б) атенолол;
  - в) верапамил;
  - г) эналаприл;
  - д) коринфар;
48. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерны:
- a) гипергликемия;
  - б) гипогликемия;
  - в) лейкопения;

- г) лимфоцитоз;
- д) глюкозурия;

49. Под кардиальным синдромом X подразумевают:

- а) стенокардию Принцметалла;
- б) нейроциркуляторную дистонию;
- в) безболевую ишемию, проявляющуюся подъемом сегмента ST при физических нагрузках;
- д) болевой синдром у лиц с нормальными или малоизмененными (по данным КАГ) коронарными артериями, но положительными нагрузочными тестами;

50. Для III ф.кл. ХСН характерны параметры физической активности (по тесту 6-минутной ходьбы):

- а) > 551 м;
- б) 301-425 м;
- в) < 150 м;
- г) 151- 300 м;
- д) 140-250 м;

51. Единично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач может:

- а) 1 до 10 дней;
- б) 2 до 15 дней;
- в) 3 до 45 дней;
- д) 4 до 60 дней;

52. Выделите причины нефункционирующей почки с отсутствием нефрограмм при внутривенной урографии

- а) Вторично сморщенная почка;
- б) Врожденная медуллярная гипоплазия почки;
- в) Стенозирующий атеросклероз почечной артерии;
- д) Обострение обструктивного пиелонефрита;
- е) Острый тромбоз почечных вен;

53. Выделите причины нефункционирующей почки при наличии нефрограммы при внутривенной урографии

- а) Острая окклюзия мочеточника;
- б) Острый тромбоз почечных вен;
- в) Апостематозный нефрит;
- д) Аденокарцинома почки;
- е) Гидронефроз;

54. Острый пиелонефрит наиболее часто вызывается

- а) кишечной палочкой;
- б) Протеем;
- в) синегнойной палочкой;
- д) Стафилококком;
- е) Энтерококком;

55. Поражение почек и верхних дыхательных путей характерно для

- а) геморрагического васкулита;
- б) микроскопического полиангиита;
- в) гранулематоза Вегенера;
- д) синдрома Чарг-Стросса;
- е) криоглобулинемического васкулита;

56. Профилактика развития и прогрессирования диабетической нефропатии сводится

- а) к контролю уровня гликемии;
- б) к коррекции гипертонии;
- в) к назначению инсулина;

- d) к назначению малобелковой диеты;
- e) ко всему перечисленному;

57. Диареей по Бристольской шкале кала считается

- a) I и II типа кала;
- b) I-III типа кала;
- c) VI-VII типы кала;
- d) V-VII типы кала;
- e) IV-VI типы кала;

58. Уровень альфа-фетопротеина повышается при

- a) гепатоцеллюлярной карциномы;
- b) рака лёгких;
- c) рака прямой кишки;
- d) рака молочной железы;
- e) рака кожи;

59. Раковый эмбриональный антиген – чаще всего используется как маркер

- a) рака лёгких;
- b) рака прямой кишки;
- c) рака поджелудочной железы;
- d) рака яичников;
- e) рака молочной железы;

60. Наиболее специфичным тестом внутripеченочного холестаза является

- a) динамическая сцинтиграфия;
- b) Трансаминазы;
- c) щелочная фосфатаза;
- d) конъюгированный билирубин;
- e) неконъюгированный билирубин;

61. Высокий уровень гаммаглутамилтранспептидазы является характерным для:

- a) острого алкогольного гепатита;
- b) хронического гепатита В и С;
- c) гемохроматоза;
- d) сахарного диабета;
- e) хронического панкреатита;

62. К более постоянному клиническому проявлению гемохроматоза относится:

- a) пигментация кожи;
- b) экстрапиримидные синдромы;
- c) кольца Кайзера-Флейшнера;
- d) Лейкоцитоз;
- e) Анемия;

63. К биохимическим маркерам цитолиза относятся:

- a) Повышение уровня билирубина;
- b) Повышение уровня холестерина;
- c) Повышение тимоловой пробы;
- d) Повышение трансаминаз;
- e) Повышение уровня амилазы;

64. При первичном билиарном циррозе рекомендуется

- a) Д-пеницилламин;
- b) Гептрал;
- c) урсодезоксихолевая кислота;
- d) эссенциале;

- е) Кортикостероиды;
65. При желчнокаменной болезни имеет место:
- а) снижение соотношения желчных кислот к холестерину;
  - б) снижение уровня билирубина в моче;
  - в) повышение уровня желчных кислот;
  - г) повышение уровня лецитина;
  - д) снижение уровня белков желчи;
66. В лечении гиперкинетической формы дисфункции желчного пузыря используют:
- а) H<sub>2</sub>-блокаторы гистамина;
  - б) препараты группы сукральфата;
  - в) спазмолитики, одестон;
  - г) беззондовые тюбажи;
  - д) хирургическое лечение;
67. Важнейшим лабораторно-диагностическим тестом муковисцидоза является:
- а) Потовый;
  - б) амилаза крови;
  - в) содержание аминокислот в кале;
  - г) содержание жира в кале;
  - д) мочевого синдрома;
68. При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:
- а) слизистая оболочка;
  - б) слизистая и подслизистая оболочки;
  - в) серозная оболочка;
  - г) вся стенка кишки;
  - д) мышечный слой кишки;
69. Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в:
- а) 10-20% случаев;
  - б) 25 - 50% случаев;
  - в) 50 - 70% случаев;
  - г) 70 - 85% случаев;
  - д) 100% случаев;
  - е) никогда;
70. У больного с циррозом печени и асцитом для профилактики печеночной энцефалопатии применяется:
- а) Верошпирон;
  - б) ампициллин парентерально;
  - в) Дюфалак;
  - г) Строфантин;
  - д) переливание цельной консервированной крови;
71. При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять:
- а) Морфин;
  - б) Омнопон;
  - в) Седуксен;
  - г) Фенобарбитал;
  - д) тиопентал натрия;
72. При лечении печеночной комы наиболее эффективен:
- а) Гептрал;
  - б) Гепамерц;
  - в) Преднизолон;
  - г) Роферон;

- е) Пегасис;
73. Лекарством, блокирующим  $H_2$ -гистаминовые рецепторы, является:
- а) Тавегил;
  - б) Гевискон;
  - в) Тримедат;
  - г) Фамотидин;
  - д) Интал;
74. Причиной развития псевдомембранозного колита являются токсины:
- а) *Escherichia coli*;
  - б) *Clostridium difficile*;
  - в) *Candida albicans*;
  - г) *Staphylococcus aureus*;
  - д) *Helicobacter pylori*;
75. Показания к назначению тюбажа:
- а) гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей;
  - б) спазм сфинктера Одди;
  - в) желчнокаменная болезнь;
  - г) постхолецистэктомический синдром;
  - д) заболевания печени с внутripеченочным холестаазом;
76. Электрокардиографическим признаком неполной атриовентрикулярной блокады II степени, II типа (по Мобитцу) является
- а) соответствие числа желудочковых комплексов числу предсердных комплексов;
  - б) отсутствие "фиксированного" интервала P-Q и отдельных комплексов QRST;
  - в) выпадение отдельных комплексов QRST при сохранности зубца P и фиксированного интервала PQ;
  - г) наличие отрицательных зубцов P после QRS;
  - д) наличие d-волны и укорочение интервала PQ;
77. При синусовой брадикардии на фоне острого инфаркта миокарда лечение следует начинать
- а) с внутривенного введения 0.5-1 мг атропина;
  - б) с внутривенного введения 1 мг изупрела;
  - в) с внутривенного введения 1 мг изоптина;
  - г) с внутривенного введения 100 мг гидрокортизона;
  - д) с профилактического введения электрода в полость правого желудочка;
78. Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируются в следующих отведениях
- а) I, aVL, V1-V4;
  - б) II, III, aVF;
  - в) I, aVL, V5-V6;
  - г) aVL, V1-V2;
  - д) V1-V6;
79. Наличие у больного положительного венного пульса характерно
- а) для недостаточности митрального клапана;
  - б) для митрального стеноза;
  - в) для недостаточности аортального клапана;
  - г) для стеноза устья аорты;
  - д) для недостаточности трехстворчатого клапана;
80. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является
- а) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина;
  - б) билирубинурия;
  - в) увеличение активности трансаминаз;

- г) ретикулоцитоз;
- д) гипоальбуминемия;

81. 60-летний больной курит в течении 40 лет. Страдает хронической обструктивной болезнью легких. Какой препарат Вы можете назначить в качестве основного для длительного лечения данного больного

- а) кромогликат натрия (интал);
- б) фенотерол (беротек);
- в) беклометазон;
- г) ипратропиума бромид (атровент);
- д) триамсинолон (полькортолон);

82. Больной страдает бронхиальной астмой тяжелого течения. Постоянно принимает преднизолон. Прием какого (из ниже перечисленных) препарата позволит уменьшить дозу преднизолона или отменить его?

- а) Сальбутамол;
- б) Вентолин;
- в) Беродуал;
- г) беклазон эко легкое дыхание;
- д) ипратропиума бромид;

83. Больной страдает бронхиальной астмой. Лекарства принимает не регулярно. Как правило, прием лекарств осуществляет только утром и вечером. Какой из ниже перечисленных препаратов Вы могли бы назначить данному пациенту в качестве местного кортикостероида длительного действия:

- а) недокромил натрия (тайлед);
- б) флутиказона пропионат (фликсотид);
- в) кромогликат натрия (интал);
- г) беклометазон;
- д) беродуал;

84. Как долго надо проводить антибактериальную терапию у больного с пневмонией?

- а) до улучшения общего самочувствия и исчезновения кашля;
- б) до полного рассасывания инфильтрата в легком;
- в) до нормализации СОЭ;
- г) до 4 - 5 дней стойко нормальной температуры;
- д) до 1 месяца;

85. В каком положении будет отходить легче мокрота у больного с локализацией бронхоэктазов в нижней доле правого легкого?

- а) в горизонтальном положении;
- б) в положении сидя с наклоном влево;
- в) в положении на левом боку с опущенным головным концом;
- г) в сидячем положении с наклоном кпереди;
- д) в положении на правом боку с опущенным головным концом;

86. Какое осложнение можно ожидать у больного, страдающего бронхоэктатической болезнью в течении 35 лет?

- а) легочные кровотечения;
- б) рак легкого;
- в) ателектаз доли легкого;
- г) амилоидоз;
- д) а и г вместе;

87. Сыпь при брюшном тифе появляется

- а) на 1-5-й день;
- б) на 6-12-й день;
- в) на 13-20-й день;

88. Основными жалобами больных ботулизмом являются все перечисленные, кроме
- а) сильной боли в животе;
  - б) нарушения зрения;
  - в) нарушения глотания;
  - г) затрудненного дыхания;
  - д) слабости;
89. Для респираторного синдрома при гриппе характерно все перечисленное, кроме
- а) сухого кашля;
  - б) "саднения" за грудиной;
  - в) першения в горле;
  - г) заложенности носа;
  - д) насморка;
90. Остеолиз ногтевых фаланг кистей является ранним симптомом
- а) саркоидоза;
  - б) костно-суставного туберкулеза;
  - в) склеродермии;
  - г) подагрической артропатии;
  - д) ревматоидного артрита;
91. Диагноз системной красной волчанки подтверждают все перечисленные лабораторные показатели, кроме
- а) LE-клеток;
  - б) противоядерных антител;
  - в) ревматоидного фактора;
  - г) g-глобулинемии;
  - д) антител к фосфолипидам;
92. Для волчаночного полиартрита характерно все перечисленное, кроме
- а) постепенного начала;
  - б) симметричности поражения;
  - в) утренней скованности, превышающей по продолжительности 30 мин;
  - г) редкости значительных деформаций;
  - д) сочетания с внесуставной симптоматикой;
93. При синдроме Рейтера может наблюдаться
- 1) асимметричный полиартрит;
  - 2) поливисцерит;
  - 3) увеит;
  - 4) анкилозирующий спондилит;
  - 5) уретрит;
- а) верно 1, 2, 3;
  - б) верно 1, 2, 4 ;
  - в) верно 1, 3, 5 ;
  - г) верно 1, 4, 5 ;
  - д) верно все перечисленное;
94. Основной рентгенологический симптом пневмоторакса
- а) коллапс легкого;
  - б) наличие воздуха в плевральной полости;
  - в) смещение средостения в здоровую сторону;
  - г) повышение прозрачности легочного поля;
95. Большое пульсовое давление, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс, покачивание головы характерны
- а) для митрального порока сердца;

- б) для стеноза устья аорты;
- в) для недостаточности аортального клапана;
- г) для порока трехстворчатого клапана;
- д) для врожденных пороков сердца;

96. Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме

- а)  $\beta_2$ -агонистов;
- б) метилксантинов;
- в) холинолитических средств;
- г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;
- д) мембраностабилизирующих препаратов;

97. К средствам, разжижающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят

- а) трипсин, химопсин;
- б) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др.), мукодин;
- в) бромгексин (бисольфон), амброксол (ласольван);

98. При ингаляционном введении бронхоспазмолитических средств баллончик-ингалятор должен располагаться

- а) непосредственно у открытого рта больного;
- б) на расстоянии 3-4 см от рта больного;
- в) на расстоянии 10-12 см от рта больного;

99. При хроническом алкогольном гепатите адекватным лечением является назначение

- а) преднизолона;
- б) азатиоприна;
- в) эссенциале;
- г) всех перечисленных препаратов;
- д) ничего из перечисленного;

100. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови

- а)  $\gamma$ -глобулинов;
- б) холестерина;
- в) активности щелочной фосфатазы;
- г) билирубина;
- д) альбумина;

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО РАЗДЕЛУ «ТЕРАПИЯ»

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А,В, Д	ВГ	Г	Б	Г	Е	С	В	А	Д

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Е	А	Б	А	Г	Б	Г	В	В	Г

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
В	Б	Д	Д	Б	Б	Г	Б	В	А

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Б	Б	А	Д	А	А	А	Б	Д	С

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Д	Б	Д	С	В	С	Г	А	Д	Г

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
B	E	E	A	C	A	A	A	B	C

61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
A	A	D	C	A	C	A	A	E	C

71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
D	B	D	B	A	B	A	Б	Д	А

81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
D	D	B	D	C	E	Б	A	Д	B

91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
B	B	Д	Б	B	B	Б	Б	A	A

### **Вопросы для устного собеседования**

1. Бета-клеточный аппарат поджелудочной железы. Структура. Типы клеток. Пара-, аутокринные взаимодействия.
2. Биосинтез инсулина. Этапы. Контринсулярные факторы.
3. Инсулинорезистентность. Механизм формирования. Причины.
4. Ожирение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
5. Сахарный диабет. Определение (ВОЗ, 2015). Классификация.
6. Сахарный диабет 2 типа. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Факторы риска. Методы профилактики.
7. Сахарный диабет 2 типа. Особенности течения заболевания в различных возрастных группах.
8. Лечение сахарного диабета 2 типа. Диетотерапия.
9. Лечение сахарного диабета 2 типа. Пероральные сахаропонижающие препараты. Бигуаниды.
10. Лечение сахарного диабета 2 типа. Пероральные сахаропонижающие препараты. Ингибиторы дипептидилпептидазы-4.
11. Лечение сахарного диабета 2 типа. Пероральные сахаропонижающие препараты. Аналоги глюкагонподобного пептида-1.
12. Лечение сахарного диабета 2 типа. Пероральные сахаропонижающие препараты. Препараты сульфонилмочевины, ингибиторы альфа-глюкозидаз, глитазоны.
13. Показания к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа. комбинированная терапия.
14. Сахарный диабет 1 типа. этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика.
15. Сахарный диабет 1 типа. Лечение. Помповая инсулинотерапия.
16. Вторичный сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
17. Метаболический синдром. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Формулировка диагноза. Лечение. Прогноз.
18. Осложнения сахарного диабета. Кетоацидоз. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. План ведения.
19. Кетоацидотическая кома. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. План ведения.
20. Гипогликемическое состояние. Причины. Клиническая картина. Диагностика. Неотложная помощь.
21. Гипогликемическая кома. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. План ведения.
22. Гиперосмолярная кома. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. План ведения.
23. Лактатацидотическая кома. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. План ведения. Прогноз.
24. Осложнения сахарного диабета. Микроангиопатии. Диабетическая ретинопатия. Классификация. Диагностика. Лечение.

25. Осложнения сахарного диабета. Микроангиопатии. Диабетическая нефропатия. Классификация. Диагностика. Лечение. Понятие микроальбуминурии. Скорость клубочковой фильтрации.
26. Осложнения сахарного диабета. Полинейропатия. Классификация. Диагностика. Электронейромиография. Лечение.
27. Осложнения сахарного диабета. Макроангиопатии. Классификация. Диагностика. Место в формулировке клинического диагноза. Лечение.
28. Особенности течения ишемической болезни сердца при сахарном диабете.
29. Лабораторная диагностика сахарного диабета.
30. Инструментальные методы исследования в диагностике сахарного диабета и его осложнений.
31. Гестационный диабет. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Критерии диагноза. Лечение.
32. Гестационный диабет. Особенности инсулинотерапии в зависимости от триместра, в родах, послеродовом периоде.
33. Анатомо-физиологические особенности желез внутренней секреции. Гормоны. Регуляция функции желез внутренней секреции. Механизм отрицательной обратной связи, его значение.
34. Щитовидная железа. Строение. Регуляция функции. Врожденный гипотиреоз.
35. Гипертиреоз. Понятие. Причины. План обследования. Подходы к лечению.
36. Синдром тиреотоксикоза. Классификация. Этиология. Дифференциальная диагностика. Подходы к лечению.
37. Гипотиреоз. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
38. Аутоиммунный тиреоидит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
39. Диффузный токсический зоб. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
40. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
41. Узловой зоб. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
42. Тиреоидиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
43. Методы исследования в тиреологии (клинические, клинико-лабораторные, ультразвуковые, лучевые, радиоизотопные и др.).
44. Рак щитовидной железы. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
45. Показания к хирургическому лечению в тиреологии. Особенности ведения больных после оперативного лечения по поводу рака щитовидной железы.
46. Йод-дефицитные состояния. Способы профилактики в различных возрастных группах.
47. Эндемический зоб. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Факторы риска. Методы профилактики.
48. Тиреостатические препараты. Механизм действия. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты.
49. Особенности терапии гипотиреоза у беременных.
50. Легочная гипертензия. Определение, классификация, этиология острого, подострого, хронического легочного сердца. Диагностика и лечение вторичной легочной гипертензии.
51. Острая дыхательная недостаточность, классификация, этиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
52. Рак легкого. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
53. Плевриты. Этиология, клиника, диагностика, лечение сухого и выпотного плеврита.
54. Бронхиальная астма: определение, классификация, методы диагностики.
55. Принципы и особенности современного лечения бронхиальной астмы.
56. Астматический статус: клиника, неотложная помощь.
57. Дифференциальная диагностика при синдроме бронхиальной обструкции.
58. Тромбоэмболия легочной артерии: классификация, дифференциальная диагностика, лечение.
59. Спонтанный пневмоторакс, этиология, диагностика, неотложная помощь.
60. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
61. Пневмония: определение, классификация, показатели степени тяжести пневмонии. Легочные и внелегочные проявления пневмонии. Этиологическая диагностика, осложнения пневмонии.

62. Внебольничная пневмония: определение, особенности этиологии, клиника, диагностика, показания к госпитализации.
63. Саркоидоз легких: этиология, стадии заболевания, клиника, диагностика, лечение.
64. Идиопатический фиброзирующий альвеолит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
65. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, классификация, диагностика, лечение.
66. Острый бронхит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
67. Хронический бронхит: этиология, классификация, диагностика, лечение.
68. Эмфизема легких: классификация, этиология и патогенез, клиника, диагностика.
69. Принципы лечения внебольничной пневмонии, особенности эмпирического назначения антибиотиков, критерии эффективности и продолжительности антибактериальной терапии.
70. Нозокомиальная пневмония: особенности, факторы риска развития, этиология, диагностика, антибактериальная терапия.
71. Атипичные пневмонии: особенности этиологии, клиника и диагностика микоплазменной, хламидийной, легионеллезной пневмонии. Лечение атипичных пневмоний.
72. Инфекционные деструкции легких: этиология, классификация, клиника и принципы лечения абсцесса и гангрены легкого.
73. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные взгляды на этиологию, клиническую симптоматику, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.
74. Хронические гастриты. Особые формы гастритов. Лечение, профилактика.
75. Рак желудка: диагностика, клиническая симптоматика, подход к лечению.
76. Воспалительные заболевания кишечника. Диагностика, клиническая картина, лечение, диспансеризация.
77. Нарушение нормальной микрофлоры кишечника, клинические синдромы, выбор терапии.
78. Синдром раздраженного кишечника. Классификация, современные критерии диагностики (клинические и лабораторно-инструментальные), лечение, профилактика.
79. Хронический панкреатит: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
80. Печеночная недостаточность: классификация, патогенез, клиника, лечение.
81. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эзофагиты. Ахалазия кардии. Дифференциальная диагностика.
82. Желчнокаменная болезнь. Хронический бескаменный холецистит: клиника, диагностика, лечение, профилактика.
83. Хронические вирусные гепатиты: этиология, патогенез, клинико-лабораторные проявления, общие принципы лечения, профилактика, диспансеризация.
84. Неалкогольная жировая болезнь печени. Современная трактовка этиопатогенеза, факторы риска, клинико-лабораторные проявления. Лечение.
85. Алкогольные, токсические и лекарственные поражения печени. Диагностика, клиника, лечение.
86. Острый жировой гепатоз у беременных. Внутривенный холестаз при беременности. Диагностика и тактика терапевта.
87. Цирроз печени. Классификация, диагностика, лечение.
88. Портальная гипертензия (ПГ): основные причины, клинические признаки, исследования при ПГ, ведение больных с ПГ.
89. Дифференциальная диагностика при желтухе.
90. Дифференциальная диагностика при «остром животе». Тактика терапевта.
91. Дифференциальная диагностика при гепатомегалиях и гепатоспленомегалии.
92. Последствия желудочной хирургии: диарея, демпинг-синдром, синдром приводящей петли, гастростаз. Тактика терапевта.
93. Нефротический синдром: этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
94. Острый пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых.
95. Хронический пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых.

96. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
97. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
98. Амилоидоз почек: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
99. Поражение почек при сахарном диабете: патогенез, морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
100. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
101. Хроническая болезнь почек: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
102. Гемобластозы. Классификация. Острые и хронические лейкозы. Принципы диагностики и лечения.
103. Паранепротейные гемобластозы. Особенности патогенеза, диагностические критерии, клиника, лечение. Показания к проведению плазмафереза. Вопросы МСЭ.
104. Анемии. Классификация. Железодефицитные анемии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
105. В<sub>12</sub> – дефицитная анемия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
106. Гемолитические анемии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
107. Геморрагические диатезы. Классификация, методика обследования, клиника, диагностика. Принципы лечения различных геморрагических диатезов, профилактика, МСЭ.
108. Депрессии кроветворения. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика, МСЭ.
109. Лимфопролиферативные заболевания: лимфогранулематоз и неходжкинские лимфомы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, диспансеризация, МСЭ.
110. Амбулаторное лечение и диспансеризация гематологических больных.
111. Показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов.
112. Осложнения трансфузионной терапии, их профилактика и лечение.
113. Корректоры крови. Классификация кровезаменителей и показания к их применению.
114. Плазмаферез.
115. Основы изосерологии. Антигенная система АВ<sub>0</sub>. Антигенная система Rh.
116. Острая постгеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия ОПГА.

### **Алгоритмы практических навыков**

1. оценка состояния кожных покровов, характера распределения подкожно жировой клетчатки и типа телосложения,
2. выявление изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии (акромегалия, синдром Иценко-Кушинга, синдром тиротоксикоза и офтальмопатии., синдром гипотироза, синдром гипогонадизма и дисгенезии гонад),
3. оценить состояние стоп больных сахарным диабетом
4. оценить состояние наружных гениталий, выраженность и соответствие полу и возрасту вторичных половых признаков,
5. определить степень выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин,
6. определить вибрационную, температурную и тактильную чувствительность стоп больных сахарным диабетом,
7. интерпретировать результаты офтальмоскопии,
8. оценка данных ангио- и ретинограммы,
9. пальпация щитовидной железы и оценка ее размеров и структуры,
10. оценить глазные симптомы тиротоксикоза,
11. интерпретировать сонограммы и скинтиграммы щитовидной железы,

12. определить показания и противопоказания к проведению КТ и инвазивных методов исследования щитовидной и паращитовидных желез,
13. оценить результаты офтальмометрии, УЗИ и КТ орбит,
14. интерпретировать рентгенограммы черепа,
15. прицельные снимки турецкого седла, данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии мозга,
16. вычислить индекс массы тела, процентное содержание жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов,
17. оценить результаты гормональных исследований,
18. интерпретировать результаты биопсии щитовидной железы,
19. пальпировать тестикулы, определить их размеры, консистенцию и фиксацию в мошонке.
20. определить показания к хирургическим и иным немедикаментозным методам лечения,
21. алгоритм постановки развернутого клинического диагноза;
22. манипуляция определения уровня гликемии с помощью глюкометра,
23. глюкозурии, ацетонурии с помощью тест-полосок,
24. метод пальпации щитовидной железы,
25. проведение ортостатической пробы, пробы Труссо
26. Алгоритм оценки состояния кожных покровов, характера распределения подкожно жировой клетчатки и типа телосложения,
27. Алгоритм выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии (акромегалия, синдром Иценко-Кушинга, синдром тиротоксикоза и офтальмопатии., синдром гипотироза, синдром гипогонадизма и дисгенезии гонад),
28. Алгоритм оценки состояния стоп больных сахарным диабетом
29. Алгоритм оценки состояния наружных гениталий, выраженности и соответствия полу и возрасту вторичных половых признаков,
30. Алгоритм определения степени выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин.
31. Алгоритм определения вибрационной, температурной и тактильной чувствительности стоп больных сахарным диабетом,
32. Алгоритм интерпретации результатов офтальмоскопии, ангио- и ретинограммы,
33. Алгоритм пальпации щитовидной железы и оценка ее размеров и структуры.
34. Алгоритм оценки глазных симптомов тиротоксикоза.
35. Алгоритм интерпретации сонограммы и скинтиграммы щитовидной железы.
36. Алгоритм определения показаний и противопоказаний к проведению КТ и инвазивных методов исследования щитовидной и околощитовидных желез.
37. Алгоритм оценки результатов офтальмометрии, УЗИ и КТ орбит.
38. Алгоритм интерпретации рентгенограммы черепа.
39. Алгоритм оценки прицельных снимков турецкого седла, данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии мозга.
40. Алгоритм оценки данных ЭЭГ и эхо-ЭЭГ.
41. Алгоритм интерпретации результатов инструментальных исследований надпочечных желез: скинтиграфии коры и мозгового слоя надпочечников, УЗИ, КТ, МРТ и ангиографии.
42. Алгоритм вычисления индекса массы тела, процентного содержания жира в организме, определения окружности талии и бедер с интерпретацией полученных результатов.
43. Алгоритм оценки результатов гормональных исследований.
44. Алгоритм оценки парциальных функции почек у эндокринных больных.
45. Алгоритм проведения и оценки тестов, функциональных проб, применяемых для диагностики и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний.
46. Алгоритм интерпретации результатов биопсии щитовидной железы.
47. Алгоритм пальпации тестикул, определения их размеров, консистенции и фиксации в мошонке.
48. Алгоритм назначения фармакотерапии и оценки ее результатов при эндокринной патологии.
49. Алгоритм определения показаний к хирургическим и иным немедикаментозным методам лечения.
50. Алгоритм подготовки больных к оперативному лечению.
51. Алгоритм ведения беременных с эндокринной патологией, оценить прогноз заболевания.
52. Алгоритм постановки развернутого клинического диагноза.
53. Алгоритм определения уровня гликемии с помощью глюкометра, глюкозурии, ацетонурии с помощью тест-полосок.
54. Алгоритм проведения ортостатической пробы, пробы Труссо.

55. Алгоритм написания научно-исследовательской работы.

56. Алгоритм разработки, внедрения и управления проектами в организации здравоохранения.

## Задачи

### Задача 1

Больная 32 лет, жалуется на похудание за месяц на 6 кг при повышенном аппетите, сердцебиение, дрожь в теле, чувство жара, слабость, раздражительность, плохой сон, нарушение менструального цикла.

Кожа влажная, теплая, эластичная, тонкая. Волосы мягкие. Глазные щели расширены, мигание редкое. При взгляде вниз появляется белая полоска между верхним веком и радужкой. Нарушена конвергенция, веки пигментированные. Щитовидная железа визуально увеличена, при пальпации уплотнена, однородна, выслушивается сосудистый шум. Определяется тремор пальцев рук. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 110 в минуту.

Данные ЭКГ – синусовая тахикардия, неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса.

***Назовите глазные симптомы и синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз в соответствии с классификациями, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.***

### Задача 2

Больная 40 лет, жалуется на зябкость, слабость, снижение памяти и внимания, увеличение веса за 3 месяца на 5 кг, запоры.

Лицо бледное, отечное, амимичное, увеличен в размерах язык (макроглоссия). Кожа сухая, грубая, волосы редкие, сухие. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС - 64 в минуту. Претибиальный отек голеней.

Биохимический анализ крови – холестерин 8,5 ммоль/л, гемограмма – эритроциты –  $3,5 \times 10^{12}$ /л млн., MCV – 89 фл., MCHC – 310 г/л, MCH – 29 пг. Тиреотропный гормон (ТТГ) – 35 МЕ/л. По данным ЭКГ – брадикардия, изменения со стороны сегмента ST дисметаболического характера.

***Назовите синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз и дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза. Назначьте лечение.***

### Задача 3

Больная, 19 лет, жалуется на жажду (выпивает 4-5 л жидкости за сутки), обильное мочеиспускание, похудание за 2 месяца на 10 кг, слабость. Пониженного питания, тургор кожи снижен, кожа сухая. Запах ацетона изо рта. Язык сухой. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Глюкоза крови – 16 ммоль/л. Ан мочи: у. в. - 1030, глюкоза +++ , ацетон ++. В биохимическом анализе крови – гипокалиемия, гипербилирубинемия, амилаза – 60 Ед/л.

***Назовите предварительный диагноз, предложите варианты для проведения дифференциального диагноза. План обследования и лечения. Какие осложнения основного заболевания имеют место? Прогноз.***

### Задача 4

Больной 22 года, в течение 8 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулинотерапию. В течение 2 недель появилась сухость во рту, жажда, пьет около 5 л воды за сутки, обильное мочеиспускание, выраженная слабость, тошнота. Сегодня дважды была рвота, появились боли в животе.

Состояние средней тяжести, заторможен. Одышка в покое 26 в минуту. Запах ацетона изо рта. Кожа сухая, тургор снижен. Язык сухой. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 90 в минуту. АД 110 и 70 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. Печень выступает из-под

реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, перкуторные размеры 15x12x10 см.

Гликемия – 18 ммоль/л, рН крови - 6,9.

Ан мочи: ацетон +++, глюкоза 40 г/л.

На ЭКГ – зубцы Т низкие, определяется зубец U.

**Назовите предварительный диагноз, предложите варианты для проведения дифференциального диагноза. План обследования и лечения. Какие осложнения основного заболевания имеют место? Прогноз.**

#### **Задача 5**

Больной 75 лет, длительное время страдающий сахарным диабетом 2 типа, перенес острую кишечную инфекцию. В течение 5 дней сохранялась фебрильная температура, беспокоила рвота 1-2 раза в сутки, жидкий обильный стул до 5 раз в сутки. Получал антибактериальную терапию, стул и температура нормализовались, но состояние не улучшилось, появилась жажда, полиурия, слабость.

Состояние тяжелое, заторможен, плохо ориентируется во времени и пространстве. Запаха ацетона нет. Кожа сухая, тургор резко снижен. Язык сухой. Тоны сердца ритмичные, глухие. Пульс нитевидный, 100 в минуту. АД 90/60 мм рт ст.

Гликемия – 25 ммоль/л, осмолярность сыворотки - 350 мосм/л, рН - 7,6. В моче ацетона нет, глюкоза +++.

**Назовите предварительный диагноз, предложите варианты для проведения дифференциального диагноза. План обследования и лечения. Какие осложнения основного заболевания имеют место? Прогноз.**

#### **Задача 6**

Больной 35 лет, страдающий сахарным диабетом 1 типа, после инъекции инсулина почувствовал резкую слабость, дрожь в теле, профузный пот, сердцебиение, головокружение, чувство голода, потерял сознание.

Состояние тяжелое, без сознания. Кожа влажная, бледная. Судорожные подергивания рук и ног. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 100 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст.

**Назовите предварительный диагноз, предложите варианты для проведения дифференциального диагноза. План обследования и лечения. Неотложная помощь. Меры профилактики. Прогноз.**

#### **Задача 7**

Больной 35 лет, страдающий сахарным диабетом, после приема алкоголя (со слов, выпил около 1000 мл водки) почувствовал резкую слабость, дрожь в теле, сердцебиение, чувство голода.

Состояние средней тяжести. Возбужден, тремор пальцев рук. Кожа бледная, влажная. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 108 в минуту. АД 180/90 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

**Назовите предварительный диагноз, предложите варианты для проведения дифференциального диагноза. План обследования и лечения. Неотложная помощь. Какие осложнения основного заболевания имеют место? Прогноз.**

#### **Задача 8**

Больной 30 лет предъявляет жалобы на то, что в течение длительного времени его беспокоит немотивированная слабость, быстрая физическая утомляемость. Весной появляется выраженная пигментация кожи рук, лица, стоп. Инфекционными заболеваниями, в т.ч. туберкулезом, в течение жизни не болел. Периодически отмечается тошнота, состояния, близкие к потере сознания, сопровождающиеся сердцебиением, холодным потом, чувством голода. У матери – аутоиммунный тиреоидит.

*Назовите предварительный диагноз, предложите варианты для проведения дифференциального диагноза. Каков патогенез заболевания? План обследования и лечения. Какие осложнения основного заболевания возможны? Прогноз.*

### 6.1 Распределение контрольных заданий в соответствии с компетенциями:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1, ОПК – 4, 5	<p><b>Раздел «Диабетология»:</b> вопросы вариантов 1 и 2 с 1 по 100</p> <p><b>Раздел «Тиреодология»:</b> вариант 1 – вопросы с 1 по 16; вариант 2 – вопросы с 1 по 50; вариант 3 – вопросы с 1 по 16; вариант 4 – вопросы с 1 по 20; вариант 5 – вопросы с 1 по 100.</p> <p><b>Раздел «Терапия»:</b> вопросы с 1 по 100</p>	1-116	1-56	1-8
2.	УК – 2,4, ОПК – 1, ПК - 4			1-56	1-8

### 6.2 Распределение контрольных заданий по семестрам

№	Семестр	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					

1	4 семестр (практика)	<p><b>Раздел «Диабетология»:</b> вопросы вариантов 1 и 2 с 1 по 100</p> <p><b>Раздел «Тиреодология»:</b> вариант 1 – вопросы с 1 по 16; вариант 2 – вопросы с 1 по 50; вариант 3 – вопросы с 1 по 16; вариант 4 – вопросы с 1 по 20; вариант 5 – вопросы с 1 по 100.</p> <p><b>Раздел «Терапия»:</b> вопросы с 1 по 100</p>	1-116	1-56	1-8
---	-------------------------	---	-------	------	-----

### 7. Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики НИР

Компетенции	Результаты освоения программы практики			
	Методология и планирование научного исследования в эндокринологии	Сбор, обобщение и первичный анализ биомедицинских данных	Статистическая обработка биомедицинских данных и формирование выводов по ним	Оформление, публикация и презентация результатов научной работы
УК-1	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+
УК-4		+	+	+
ОПК-1	+	+	+	+
ОПК-4		+		
ОПК-5		+		
ПК-4	+	+	+	+

### 8. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

#### 8.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

**«Неудовлетворительно»** - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

### **8.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:**

**«Отлично»** - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

**«Хорошо»** - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

**«Удовлетворительно»** - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знанием для их устранения под руководством преподавателя.

**«Неудовлетворительно»** - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

### **8.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:**

**«Отлично»** - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

**«Хорошо»** - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

**«Удовлетворительно»** - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

**«Неудовлетворительно»** - не определена самостоятельно цель практического навыка; выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в

оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

#### **8.4.Критерии оценивания задачи:**

**«Отлично»** - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

**«Хорошо»** - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

**«Удовлетворительно»** - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

**«Неудовлетворительно»** - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».