**Вариант№1**

1. Дефицит роста или низкорослость это (продолжите предложение):

А) рост ниже 50 перцентиля стандартного отклонения (SDS) для данного возраста и пола;

Б) рост ниже 25 перцентиля стандартного отклонения (SDS) для данного возраста и пола;

В) рост ниже 10 перцентиля стандартного отклонения (SDS) для данного возраста и пола;

Г) рост ниже 3 перцентиля стандартного отклонения (SDS) для данного возраста и пола.

2. Гипопитуитаризм это (продолжите предложение):

А) дефицит соматотропного гормона;

Б) дефицит всех гонадотропных гормонов;

В) дефицит тиреотропного гомона;

Г) дефицит адренокортикотропного гормона.

3. Где происходит секреция соматотропного гормона?

А) в передней доле гипофиза;

Б) в средней доле гипофиза;

В) в задней доле гипофиза;

Г) во всех долях гипофиза.

4. Что стимулирует секрецию гормона роста?

А) соматостатин;

Б) соматотропин-релизинг-гормон;

В) инсулиноподобный фактор роста - 1;

Г) тиреоглобулин.

5. Что ингибирует секрецию гормона роста?

А) соматостатин;

Б) соматотропин-релизинг-гормон;

В) инсулиноподобный фактор роста -1;

Г) тиреоглобулин.

6. Выработку какого гормона стимулирует гормон роста?

А) соматостатин;

Б) соматотропин-релизинг-гормон;

В) инсулиноподобный фактор роста -1;

Г) тиреоглобулин.

7. Дефицит гормона роста, согласно терминологии, в классификации, может быть всем, кроме:

А) врожденным;

Б) приобретенным;

В) полным;

Г) субкомпенсированным.

8. Дефицит гормона роста, согласно терминологии в классификации, может быть всем, кроме:

А) полным;

Б) частичным;

В) субкомпенсированным;

Г) идиопатическим.

9. Дефицит гормона роста, согласно терминологии в классификации, может быть всем, кроме:

А) идиопатическим;

Б) органическим;

В) изолированным;

Г) субтотальным.

10. Какой дефицит гормонов характерен для пациентов, имеющих мутации POU1F1 (PIT1)?

А) СТГ дефицит + ТТГ дефицит;

Б) СТГ дефицит + дефицит пролактина;

В) СТГ дефицит +АКТГ дефицит;

Г) СТГ дефицит + гипогонадизм.

11. Какой дефицит гормонов характерен для пациентов,

имеющих мутации PROP1?

А) СТГ дефицит + ТТГ дефицит;

Б) СТГ дефицит + дефицит пролактина;

В) СТГ дефицит + гипогонадизм+ гипокортицзм;

Г) СТГ дефицит + дефицит АДГ.

12. Какая наиболее частая причина приобретенной недостаточности гормона роста?

А) травмы головного мозга;

Б) опухоли гипоталамо-гипофизарной области;

В) облучение головного мозга;

Г) химиотерапия по поводу онкологического заболевания.

13. Для приобретенной недостаточности гормона роста характерно сочетание с (продолжите предложение):

А) с тиреотропной недостаточностью;

Б) гонадотропной недостаточностью;

В) ни с чем из выше перечисленного;

Г) со всем выше перечисленным.

14. Для приобретенной недостаточности гормона роста характерно сочетание (продолжите предложение):

А) с дефицитом антидиуретического гормона;

Б) с тиреотропной недостаточностью;

В) с кортикотропной недостаточностью;

Г) со всем выше перечисленным.

15. К основным клиническим чертам соматотропной недостаточности относятся все, кроме:

А) постнатальное отставание в росте более чем на 2 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола;

Б) крыловидные складки шеи;

В) прогрессирующее замедление роста;

Г) пропорциональное телосложение.

16. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) раннее прорезывание зубов;

Б) "лицо херувима";

В) гипогликемия;

Г) затянувшаяся желтуха.

17. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) преждевременный пубертат;

Б) множественный кариес;

В) усиленная венозная сеть на волосистой части головы у детей раннего возраста;

Г) неонатальный холестаз.

18. Проявлениями гипогликемии у пациентов младшего возраста при врожденном дефиците гормона роста является все указанное, кроме:

А) приступ возникает в ранние утренние часы или во сне;

Б) гиперемия кожи;

В) повышенный аппетит;

Г) повышенная потливость.

19. К клиническим симптомам вторичного гипотиреоза (центрального генеза) относится все, кроме:

А) умственная отсталость;

Б) появление после 3-х летнего возраста;

В) частое сочетание с дефицитом других «тропных» гормонов;

Г) в 85% случаев концентрации ТТГ в норме.

20. Из всех гипофизарных недостаточностей самой опасной для жизни является (продолжите предложение):

А) соматотропная недостаточность;

Б) тиреоидная недостаточность;

В) гипогонадотропная недостаточность;

Г) кортикотропная недостаточность.

21. Клиническими проявлениями вторичного гипокортицизма является все, кроме:

А) слабость, повышенная утомляемость;

Б) гиперпигментация кожных покровов;

В) склонность к артериальной гипотонии;

Г) гипогликемия.

22. Диагноз вторичный гипокортицизм можно предположить на основе (продолжите предложение):

А) низких значений кортизола в сыворотке крови в утренние часы;

Б) высоких значений кортизола в сыворотке крови в утренние часы;

В) низких значений АКТГ в сыворотке крови в утренние часы;

Г) высоких значений АКТГ в сыворотке крови в утренние часы.

23. Манифестация скрытого вторичного гипокортицизма зависит от всего, кроме:

А) от стрессорных ситуаций и инфекций;

Б) от раннего возраста ребенка;

В) от лечения тиреоидными препаратами;

Г) от лечения препаратами соматотропина.

24. Вторичный гипогонадизм диагностируется на основании указанных признаков, кроме:

А) отсутствие признаков начала полового развития при костном возрасте 13 лет у мальчиков и 12 лет у девочек;

Б) низких базальных концентраций половых гормонов;

В) снижение ответов ЛГ и ФСГ на стимуляцию ЛГ-РГ (бусерелином);

Г) отсутствие признаков начала полового развития у мальчиков 13 лет и у девочек 12 лет и отставания костного возраста от "паспортного" более чем на 3 года.

25. Дефицит антидиуретического гормона (вазопрессина) у пациентов с приобретенным дефицитом гормона роста чаще всего является следствием (продолжите предложение):

А) травмы головы;

Б) опухоли гипоталамо-гипофизарной области;

В) оперативного лечения опухоли гипоталамо- гипофизарной области;

Г) химиотерапии по поводу опухоли мозга.

26. Клиническими проявлениями несахарного диабета является все изложенное, кроме:

А) полиурия;

Б) полидипсия;

В) полифагия;

Г) энурез.

27. При подозрении на несахарный диабет у пациента с краниофарингиомой необходимо провести следующие исследования, кроме:

А) подсчет суточного диуреза;

Б) проба Зимницкого;

В) тест с ограничением выпиваемой жидкости;

Г) исследования уровня калия и натрия в крови.

28. Диагноз дефицита гормона роста основывается на всем указанном, кроме:

А) семейном анамнезе (низкорослые родители);

Б) антропометрии (рост пациента более чем на 2 SDS ниже, а скорость роста более чем на 1 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола);

В) пропорциональном телосложении;

Г) низкой концентрации соматотропного гормона (менее 10 нг/мл) в двух стимулирующих тестах.

29. Укажите нормальную концентрацию гормона роста в крови, которая позволяет исключить дефицит гормона роста у пациента после проведения СТГ-стимулирующего теста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

30. Укажите концентрацию гормона роста в крови, после проведения СТГ-стимулирующих тестов, которая позволяет поставить диагноз: тотальный дефицит гормона роста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

31. Диагноз дефицита гормона роста основывается на всем указанном, кроме:

А) семейном анамнезе (низкорослые родители);

Б) антропометрии (рост пациента более чем на 2 SDS ниже, а скорость роста более чем на 1 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического

возраста и пола);

В) отношении костного возраста к хронологическому менее 0,9;

Г) низкой концентрации соматотропного гормона (менее 10 нг/мл) в двух стимулирующих тестах.

32. Диагноз дефицита гормона роста основывается на всем указанном, кроме:

А) антропометрии (рост пациента более чем на 2 SDS ниже, а скорость роста более чем на 1 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического

возраста и пола);

Б) низкой концентрации соматотропного гормона (менее 10 нг/мл) в двух стимулирующих тестах;

В) семейном анамнезе (низкорослые родители);

Г) исследовании кариотипа у девочек.

33. Когда подтверждают СТГ дефицит?

А) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация гормона роста ниже 10 нг/мл;

Б) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста ниже 10 нг/мл;

В) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация гормона роста выше 10 нг/мл;

Г) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста выше 10 нг/мл.

34. Когда исключают СТГ дефицит?

А) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация гормона роста ниже 10 нг/мл;

Б) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста ниже 10 нг/мл;

В) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация гормона роста выше 10 нг/мл;

Г) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста выше 10 нг/мл.

35. СТГ-дефицит ассоциирован со всеми указанными изменениями на МРТ, кроме:

А) гипоплазия гипофиза;

Б) опухоль мозжечка;

В) гипоплазия/аплазия гипоталамо-гипофизарной ножки;

Г) эктопия гипофиза.

36. К классической триаде специфических МРТ-признаков, ассоциированных с

гипопитуитаризмом относится все, кроме:

А) гипоплазия аденогипофиза;

Б) гипоплазия воронки гипофиза;

В) киста кармана Ратке;

Г) эктопия нейрогипофиза.

37. СТГ-дефицит ассоциирован со всеми указанными изменениями на МРТ, кроме:

А) гиперплазия аденогипофиза;

Б) глиома зрительного нерва;

В) супрасселярные арахноидальные кисты;

Г) опухоль коры головного мозга.

38. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно все, кроме:

А) кариотип 45Х0;

Б) низкорослость;

В) гипогонадотропный гипогонадизм;

Г) фенотипические особенности (короткая шея с крыловидными складками, бочкообразная грудная клетка, гипертелоризм)

39. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно все, кроме:

А) низкорослость;

Б) кариотип 47ХХУ;

В) пороки развития внутренних органов;

Г) гипергонадотропный гипогонадизм.

40. Фенотипическими проявлениями синдрома Шерешевского-Тернера является все перечисленное, кроме:

А) отечность кистей и стоп при рождении;

Б) множественные пигментные невусы;

В) короткая шея с крыловидными кожными складками;

Г) преждевременное половое развитие.

41. Фенотипическими проявлениями синдрома Шерешевского-Тернера является все перечисленное, кроме:

А) вальгусная девиация локтевых суставов;

Б) сколиоз;

В) птоз, эпикант;

Г) укорочение конечностей.

42. К сопутствующей патологии при синдроме Шерешевского-Тернера относится все указанное, кроме:

А) стеноз легочной артерии;

Б) аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз;

В) средний отит/ нарушение слуха;

Г) нарушение толерантности к углеводам.

43. Для низкорослых детей с задержкой внутриутробного развития в анамнезе характерны следующие особенности, кроме:

А) резко сниженный аппетит в допубертатном периоде;

Б) крайне низкая масса тела относительно роста;

В) отставание темпов костного созревания, позднее начало пубертата;

Г) гиперактивность.

44. Дети со ЗВУР имеют (продолжите предложение):

А) парциальный дефицит гормона роста;

Б) тотальный дефицит гормона роста;

В) имеют редкую частоту СТГ - пиков, но высокую их амплитуду;

Г) имеют аномальную секрецию гормона роста: повышенную частоту СТГ - пиков и сниженную их амплитуду, повышенную базальную секрецию.

45. В каком возрасте ставится диагноз «низкорослость вследствие ЗВУР»?

А) при рождении;

Б) не ранее 1 года жизни;

В) не ранее 2-3-х летнего возраста;

Г) в подростковом возрасте.

46. Ахондроплазия это заболевание (продолжите предложение):

А) спорадическое;

Б) аутосомнно-рецессивное;

В) аутосомно-доминантное и спорадическое;

Г) сцепленное с полом.

47. Характерными особенностями ахондроплазии является все перечисленное, кроме:

А) крупная голова с большой мозговой частью;

Б) выраженная низкорослость;

В) пропорциональное телосложение;

Г) поясничный лордоз.

48. Характерными особенностями ахондроплазии является все перечисленное, кроме:

А) укорочение конечностей - коэффициент «верхний сегмент/нижний сегмент» больше нормы;

Б) пятна на коже по типу "кофе с молоком";

В) короткие широкие кисти и стопы, утолщение пальцев;

Г) сужение расстояния между корнями дужек поясничных позвонков в каудальном направлении, выявляемое при рентгенологическом исследовании.

49. Синдром Ларона это (продолжите предложение):

А) синдром нечувствительности к ТТГ;

Б) синдром нечувствительности к СТГ;

В) синдром нечувствительности к АДГ;

Г) синдром нечувствительности тестостерону.

50. Первичный дефицит ИРФ может быть следствием всех дефектов, кроме:

А) нарушением в рецепторе СТГ;

Б) патологии СТГ-сигнального каскада;

В) патологии гена ИФР-1;

Г) патологии рецептора ИФР-1.

51. Дефекты рецептора гормона роста или синдром Ларона имеет тип наследования (продолжите предложение):

А) спорадическое;

Б) аутосомно-рецессивное;

В) аутосомно-доминантное;

Г) сцепленное с полом.

52. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) относится все изложенное, кроме:

А) выраженная низкорослость;

Б) голубые склеры;

В) опережение костного созревания на 1-2 года от паспортного;

Г) дегенерация головки бедренной кости.

53. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) относится все изложенное, кроме:

А) выраженная низкорослость;

Б) частые приступы гипогликемии в раннем детстве;

В) нарушение толерантности к глюкозе;

Г) низкая концентрация СТГ (базальная и стимулированная) в сыворотке.

54. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) относится все изложенное, кроме:

А) преждевременное половое развитие;

Б) множественный кариес зубов;

В) истончение волос, медленный рост ногтей;

Г) конечный рост у мужчин - 119-142 см, у женщин - 108-136 см.

55. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) в зрелом возрасте относится все изложенное, кроме:

А) конечный рост у мужчин - 119-142 см, у женщин - 108-136 см;

Б) мышечная слабость;

В) остеопороз;

Г) высокий социальный статус.

56. Для синдрома Ларона характерны все указанные лабораторные изменения, кроме:

А) концентрации СТГ (базальные и стимулированные) в сыворотке повышены или нормальные;

Б) уровни ИФР-1 и ИФР СБ-3 низкие;

В) уровень инсулина низкий;

Г) реакция ИФР-1 и ИФР СБ-3 на стимуляцию гормоном роста отсутствует.

57. Укажите стандартную заместительную доза соматотропина, используемую у детей с соматотропной недостаточностью:

А) менее 0,025 мг/кг/сут;

Б) 0,033 мг/кг/сут;

В) более 0,050мг/кг/сут.

58. Укажите, как вводится препарат соматотропина, используемый у детей с соматотропной недостаточностью?

А) перорально;

Б) подкожно;

В) внутримышечно;

Г) внутривенно.

59. Укажите, в какие часы вводится препарат соматотропина, используемый у детей с соматотропной недостаточностью?

А) 9-11 час;

Б) 12-14 час;

В) 16-18 час;

Г) 21-23 часа.

60. Укажите дозу левотироксина, используемую при вторичном гипотиреозе:

А) 200 мкг/м2/сут;

Б) 150 мкг/м2/сут;

В) 100 мкг/м2/сут;

Г) 50 мкг/м2/сут.

61. Укажите, как принимают левотироксин при вторичном гипотиреозе:

А) утром натощак, за 20 мин до еды, 1 раз в сутки;

Б) 2 раза в сутки (утром и вечером);

В) 3 раза в сутки (утром, в обед и вечером);

Г) на ночь.

62. Укажите, по какому гормону оценивается адекватность заместительной терапии при вторичном гипотиреозе:

А) по уровню ТТГ;

Б) по уровню Т4св. или Т4 общ.;

В) по уровню Т3св. или Т3 общ.;

Г) по всем указанным гормонам.

63. Каким препаратом проводится заместительная терапия вторичного гипокортицизма у пациентов с гипопитуитаризмом?

А) преднизолоном;

Б) дексаметазоном;

В) гидрокортизоном (кортефом);

Г) минералкортикоидом (кортинеффом).

64. Какая доза гидрокортизона (Кортефа) рекомендуется при вторичном гипокортицизме у пациентов с гипопитуитаризмом?

А) 2-3 мг/м2/сут;

Б) 10-12 мг/м2/сут;

В) 20-22 мг/м2/сут;

65. Адекватность заместительной терапии глюкокортикоидами при вторичном гипокортицизме у пациентов с гипопитуитаризмом оценивают по всему перечисленному, кроме:

А) по уровню кортизола в крови;

Б) по общему состоянию;

В) анализу темпов роста;

Г) по симптомам недостаточности или избытка глюкокортикоидов.

66. Жидкие формы гидрокортизон (Солу-кортеф, суспензия гидрокортизона, преднизолон для инъекций) используют во всех случаях, кроме:

А) криз надпочечниковой недостаточности;

Б) тяжелое интеркуррентное заболевание, рвота;

В) оперативное лечение;

Г) плановая заместительная терапия.

67. Все оперативные вмешательства у пациентов с вторичным гипокортицизмом проводят на фоне внутримышечного введения гидрокортизона, которое начинают (продолжите предложение):

А) за 24 часа до планируемой операции;

Б) за 12 часов до планируемой операции;

В) за 8 часов до планируемой операции;

Г) за 4 часа до планируемой операции.

68. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у девочек с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечаются хорошие показатели линейного роста?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

69. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у мальчиков с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечаются хорошие показатели линейного роста?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

70. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у девочек с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечаются неудовлетворительные показатели линейного роста (неадекватный рост)?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

71. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у мальчиков с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечают неудовлетворительные показатели линейного роста (неадекватный рост)?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

73. Заместительную терапию гормоном роста прекращают при всех указанных условиях, кроме:

А) при закрытии зон роста;

Б) при скорости роста менее 2 см в год на фоне лечения;

В) при достижении социально приемлемого роста, сравнимого со средним ростом родителей;

Г) при достижении 18 лет.

74. После прекращения заместительной терапии гормоном роста по причинам закрытия зон роста, достижения социально приемлемого роста, но при сохранении подтвержденного СТГ-дефицита, какая доза гормона роста показана взрослым молодым пациентам?

А) 0,02 мг/кг/сут;

Б) 0,025 мг/кг/сут;

В) 0,033 мг/кг/сут;

Г) 0,05 мг/кг/сут.

75. После прекращения заместительной терапии гормоном роста по причинам закрытия зон роста, достижения социально приемлемого роста, но при сохранении подтвержденного СТГ-дефицита, какая средняя поддерживающая метаболическая доза гормона роста показана взрослым пациентам?

А) 0,0035 мг/кг/сут;

Б) 0,02 мг/кг/сут;

В) 0,033 мг/кг/сут;

Г) 0,05 мг/кг/сут.

76. Причинами высокорослости у детей является все, кроме:

А) гигантизм;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) синдром Беквита-Видемана;

Г) недостаточная секреция СТГ или РГ-ГР.

77. Причинами высокорослости у детей является все, кроме:

А) кариотип ХХY;

Б) кариотип 45Х0;

В) кариотип ХYY;

Г) кариотип ХYYY.

78. В план обследования пациента с высокорослостью входит все, кроме:

А) рентгенография кистей с лучезапястными суставами для определения костного возраста;

Б) определение базальных и стимулированных уровней ЛГ и ФСГ;

В) определение уровня вазопрессина;

Г) определение базального уровня СТГ и ИФР-1.

79. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: взрослый тип оволосения в виде треугольника, обращенного вершиной вниз, небольшое количество волос на внутренней поверхности бедра, зрелая грудь, выступает только сосок, контур между тканью молочной железы и ареолой сглажен:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

80. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: оволосение занимает всю область лобка, но отсутствует на внутренней поверхности бедер, ареола интенсивно окрашена, выступает в виде второго конуса над тканью молочной железы:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

81. В план обследования пациента с высокорослостью входит все, кроме:

А) кариотип;

Б) определение уровня тестостерона и эстрадиола, андростендиола;

В) оральный глюкозотолерантный тест;

Г) АКТГ.

82. Тактика ведения детей с высокорослостью включает все, кроме:

А) лечение высокими дозами тестостерона у подростков-мальчиков;

Б) лечение высокими дозами эстрогенов у подростков-девочек;

В) ранняя индукция пубертата у детей младшего возраста с помощью низких доз половых стероидов;

Г) лечение левотироксином.

83. Акромегалия и гигантизм возникают вследствие избыточной продукции (продолжите предложение):

А) АКТГ;

Б) ТТГ;

В) СТГ;

Г) пролактина.

84. Избыточная продукция гормона роста при акромегалии и гигантизме исходит из аденомы гипофиза и называется (продолжите предложение):

А) кортикостерома;

Б) соматотропинома;

В) альдостерома;

Г) инсулинома.

85. В патогенез акромегалии входит все перечисленное, кроме:

А) гипертрофия и гиперплазия всех тканей и органов;

Б) пролиферация соединительной ткани и склероз;

В) гиперфункция всех эндокринных органов;

Г) риск возникновение новообразований (доброкачественных и злокачественных) во всех органах.

86. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) увеличение надбровных дуг, скуловых костей, нижней челюсти, макроглоссия;

Б) утолщение кожи;

В) гипергидроз;

Г) артериальная гипотония.

87. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) постепенное нарастание клинической симптоматики;

Б) истончение кожи;

В) по мере прогрессирования заболевания дегенерация мышечных волокон;

Г) дилятационная миокардиодистрофия.

88. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) гипофизарная недостаточность;

Б) головные боли;

В) артериальная и внутричерепная гипертензия;

Г) гипогликемия.

89. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) синдром ночного апноэ;

Б) хиазмальный синдром;

В) гипоплазия сальных желез;

Г) симптоматический сахарный диабет.

90. Гиперпродукция ростовых факторов (ИФР-1 и др) при акромегалии является причиной наиболее частых заболеваний, кроме:

А) лейкоз;

Б) узловой или диффузный зоб;

В) аденоматозная гиперплазия надпочечников;

Г) фиброзно-кистозная мастопатия.

91. Что подразумевает оральный глюкозотолерантный тест у пациентов с подозрением на акромегалию?

А) исследование гормона роста исходно;

Б) исследование гормона роста через 30 мин после теста;

В) исследование гормона роста через 60 мин после теста;

Г) исследование гормона роста через 90 мин после теста;

Д) исследование гормона роста через 120 мин после теста;

Е) все выше перечисленное.

92. Как меняется уровень гормона роста при проведении орального глюкозотолерантного теста у здорового человека?

А) повышается;

Б) снижается;

В) не меняется.

93. Оральный глюкозотолерантный тест при подозрении на акромегалию показан во всех случаях, кроме:

А) есть клинические проявления акромегалии;

Б) умеренное повышение базального гормона роста;

В) нормальные показатели базального уровня гормона роста;

Г) значительное повышение базального уровня гормона роста.

94. В план обследования пациентов с акромегалией входит все, кроме:

А) исследование базального гормона роста;

Б) АДГ;

В) исследование уровня ИФР-1;

Г) МРТ головного мозга.

95. Гигантизм дифференцируют от всех заболеваний, кроме:

А) конституциональной высокорослости;

Б) синдрома Клайнфельтера;

В) синдрома Шерешевского-Тернера;

Г) первичного гипогонадизма.

96. К лечению акромегалии относится все, кроме:

А) лечение препаратами гидрокортизона;

Б) оперативное лечение;

В) аналоги соматостатина (окреотид, ланреотид);

Г) блокаторы рецепторов гормона роста (Пегвисомант).

97. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три этапа. На каком сроке проходит 1-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

98. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три

этапа. На каком сроке проходит 2-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

99. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три этапа. На каком сроке проходит 3-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

100. Что характерно для первого этапа дифференцировки пола во внутриутробном периоде?

А) формирование недифференцированных первичных гонад, вольфовых протоков, мюллеровых протоков, генитального бугорка, 2-х генитальных складок и валики;

Б) в результате экспрессии гена SRYна Y-хромосоме начинают дифференцироваться клетки Сертоли и Лейдига. При отсутствии этого гена (кариотипе 46XX) первичная гонада дифференцируется в яичники;

В) у плода мужского пола нарастает тестостерон до пубертатных значений и его метаболита дигидротестостерона, что приводит к формированию наружных половых органов (пениса, мошонки) и внутренних половых органов по мужскому типу, а выработка антимюллерова гормона приводит к регрессу мюллеровых протоков. У плода женского пола отсутствие антимюллерова гормона приводит к развитию мюллеровых производных: матки, труб, верхней части влагалища, а отсутствие тестостерона - к развитию женских половых органов (клитора, половых губ).

**Вариант№2**

1. Что характерно для второго этапа дифференцировки пола во внутриутробном периоде?

А) формирование недифференцированных первичных гонад, вольфовых протоков, мюллеровых протоков, генитального бугорка, 2-х генитальных складок и валики;

Б) в результате экспрессии гена SRYна Y-хромосоме начинают дифференцироваться клетки Сертоли и Лейдига. При отсутствии этого гена (кариотипе 46XX) первичная гонада дифференцируется в яичники;

В) у плода мужского пола нарастает тестостерон до пубертатных значений и его метаболита дигидротестостерона, что приводит к формированию наружных половых органов (пениса, мошонки) и внутренних половых органов по мужскому типу, а выработка антимюллерова гормона приводит к регрессу мюллеровых протоков. У плода женского пола отсутствие антимюллерова гормона приводит к развитию мюллеровых производных: матки, труб, верхней части влагалища, а отсутствие тестостерона - к развитию женских половых органов (клитора, половых губ).

2. Что характерно для третьего этапа дифференцировки пола во внутриутробном периоде?

А) формирование недифференцированных первичных гонад, вольфовых протоков, мюллеровых протоков, генитального бугорка, 2-х генитальных складок и валики;

Б) в результате экспрессии гена SRYна Y-хромосомы начинают дифференцироваться клетки Сертоли и Лейдига. При отсутствии этого гена (кариотипе 46XX) первичная гонада дифференцируется в яичники;

В) у плода мужского пола нарастает тестостерон до пубертатных значений и его метаболита дигидротестостерона, что приводит к формированию наружных половых органов (пениса, мошонки) и внутренних половых органов по мужскому типу, а выработка антимюллерова гормона приводит к регрессу мюллеровых протоков. У плода женского пола отсутствие антимюллерова гормона приводит к развитию мюллеровых производных: матки, труб, верхней части влагалища, а отсутствие тестостерона - к развитию женских половых органов (клитора, половых губ).

3. Укажите, какой уровень ЛГ и ФСГ при рождении у детей обоего пола:

А) низкий;

Б) нормальный;

В) высокий;

Г) зависит от пола.

4. С какого возраста уровень ЛГ и ФСГ начинает повышаться у детей?

А) с рождения;

Б) с 6-7 дня жизни;

В) с 4-6 месяцев;

Г) с 2-3-х лет.

5. В каком возрасте отмечается первый пик ЛГ и ФСГ у детей?

А) при рождении;

Б) 4-6 день жизни;

В) 3 месяца жизни;

Г) 2-3 года жизни.

6. К какому возрасту у мальчиков происходит снижение первого пика ЛГ и ФСГ?

А) к 4-6 дню жизни;

Б) к 3 месяцам жизни;

В) к 4-6 месяцам жизни;

Г) к 2-3 годам.

Ответ: В

7. К какому возрасту у девочек происходит снижение первого пика ЛГ и ФСГ?

А) к 4-6 дню жизни;

Б) к 3 месяцам жизни;

В) к 4-6 месяцам жизни;

Г) 2-3 годам.

8. В какой возрастной период начинается пубертат у мальчиков в 95% случаев?

А) 9-14 лет;

Б) 14-16 лет;

В) 16-18 лет.

9. Укажите стадию пубертата по Таннер у мальчика, если: оволосение на лобке отсутствует, яички, мошонка, половой член допубертатные, объем яичек по орхидометру 2-3 мл:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

10. Укажите стадию пубертата по Таннер у мальчика, если: отмечается рост редких пигментированных волос вокруг основания полового члена, мошонка увеличивается и становится слегка окрашенной, объем яичек по орхидометру 4 мл:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V;

11. Укажите стадию пубертата по Таннер у мальчика, если: волосы на лобке становятся темнее и гуще, располагаются на лонном сочленении, начинается рост полового члена в дину, мошонка приобретает складчатость, объем яичек по орхидометру 10 мл:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

12. Укажите стадию пубертата по Таннер у мальчика, если: оволосение лобковой области полное, но отсутствует оволосение бедер и нижней части живота, половой член продолжает расти в длину, увеличивается диаметр головки, наружные половые органы приобретают пигментацию, объем яичек по орхидометру 12 мл:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

13. Укажите стадию пубертата по Таннер у мальчика, если: на лобке взрослый, ромбовидный тип оволосения, объем яичек по орхидометру 15 мл:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

14. В какой возрастной период начинается пубертат у девочек в 95% случаев?

А) 8-13 лет;

Б) 13-15 лет;

В) 15-17 лет.

15. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: оволосение на лобке отсутствует, молочные железы препубертатные, железистая ткань отсутствует, диаметр ареолы меньше 2 см, ареолы бледно окрашены:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V;

16. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: отмечается рост редких, длинных, слегка пигментированных волос вдоль половых губ, появляется железистая ткань в молочных железах и железы начинают выступать над поверхностью грудной клетки, увеличивается диаметр ареол:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

17. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: отмечается рост пигментированных длинных волос, распространяющихся на область лобка, молочные железы и ареолы выступают в виде конуса, без границы между ними, появляется окрашивание ареолы:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

18. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: оволосение занимает всю область лобка, но отсутствует на внутренней поверхности бедер, ареола интенсивно окрашена, выступает в виде второго конуса над тканью молочной железы:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

19. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: взрослый тип оволосения в виде треугольника, обращенного вершиной вниз, небольшое количество волос на внутренней поверхности бедра, зрелая грудь, выступает только сосок, контур между тканью молочной железы и ареолой сглажен:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

20. При какой стадии пубертата по Таннер у девочки наступают менструации?

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V

21. Укажите, какому генетическому заболеванию характерен кариотип 47XXY?

А) синдром Шерешевского-Тернера;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) истинный гермафродитизм;

Г) синдром Нунан.

22. Для чистой агенезии яичек (синдром Свайера) характерно все, кроме:

А) женское строение наружных и внутренних половых органов;

Б) наличие стреков вместо гонад;

В) кариотип 46XX;

Г) сочетание с почечными и неврологическими заболеваниями.

23. Для смешанной дисгенезии яичек характерно все, кроме:

А) с одной стороны яичко, с другой – стрек;

Б) расщеплена мошонка, урогенитальный синус;

В) внутренние половые органы сформированы по женскому типу;

Г) регистрируются в женском паспортном поле.

24. Для дефицита альфа-редуктазы характерно все, кроме:

А) аутосомно-рецессивный тип наследования;

Б) нарушение превращения тестостерона в более активный дигидротестостерон;

В) наружные половые органы ближе к женскому типу, внутренние – по мужскому типу;

Г) кариотип 46 XX.

25. Для синдрома тестикулярной феминизации это (продолжите предложение):

А) синдром нечувствительности к андрогенам;

Б) синдром повышенной чувствительности к андрогенам;

В) синдром нечувствительности к эстрогенам;

Г) синдром повышенной чувствительности к эстрогенам.

26. Для полной формы тестикулярной феминизации характерно все, кроме:

А) кариотип 46 XX;

Б) наружные половые органы женского типа;

В) полная нечувствительность к своим собственным андрогенам;

Г) мужские внутренние половые органы гипоплазированы.

27. Укажите самую частую причину нарушения формирования пола при кариотипе 46 XX?

А) во внутриутробном периоде вследствие лютеомы у матери;

Б) вследствие врожденной дисфункции коры надпочечников у ребенка;

В) во внутриутробном периоде вследствие приема матерью медикаментов, которые могут вызывать нарушение формирования пола;

Г) фетоплацентарное нарушение формирования пола вследствие дефицита ароматазы.

28. Кариотип необходимо исследовать во всех указанных ситуациях, кроме:

А) при гипоспадии;

Б) при двустороннем крипторхизме;

В) при первичной аменореи;

Г) при женском строении наружных половых органов и при визуализации на УЗИ матки и яичников.

29. Для нарушения формирования пола с кариотипом 46 XY не характерно:

А) наличие яичек в области половых губ или пахового канала;

Б) наличие матки;

В) наличие яичников;

Г) отсутствие матки.

30. Задержка полового развития у мальчиков — это отсутствие вторичных половых признаков (продолжите предложение):

А) после 12 лет;

Б) после 13 лет;

В) после 14 лет;

Г) после 15 лет.

31. Задержка полового развития у девочек — это отсутствие вторичных половых признаков (продолжите предложение):

А) после 12 лет;

Б) после 13 лет;

В) после 14 лет;

Г) после 15 лет.

32. Укажите наиболее частую причину первичного (гипергонадотропного) гипогонадизма:

А) удаление яичников или яичек в связи со злокачественной опухолью или метастазами;

Б) травма яичек или яичников;

В) воспалительный процесс (например, орхит);

Г) нарушение закладки гонад в связи с хромосомной аномалией.

33. К транзиторному (симптоматическому) гипогонадизму относят все перечисленное, кроме:

А) ятрогенный гипогонадизм (под воздействием препаратов);

Б) гипогонадизм при тиреотоксикозе;

В) гипогонадизм при пролактиноме;

Г) гипогонадизм при синдроме Шерешевского-Тернера.

34. Какое генетическое заболевание относится к первичному (гипергонадотропному) гипогонадизму?

А) генетический дефект PROP1;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) синдром Барде-Бидля;

Г) атаксия Фридрейха.

35. К вторичному (гипогонадотропному) гипогонадизму относятся все генетические заболевания, кроме?

А) синдром Шерешевского-Тернера;

Б) синдром Кальмана;

В) синдром Прадера-Вилли;

Г) синдром Лоренса-Муна.

36. Что является основным симптомом гипогонадизма у девочек старше 13 лет?

А) отсутствие роста молочных желез;

Б) отсутствие оволосения на лобке;

В) отсутствие оволосения в подмышечных впадинах;

Г) отсутствие менструаций.

37. Что является основным симптомом гипогонадизма у мальчиков старше 14лет?

А) объем яичек менее 4 мл;

Б) отсутствие оволосения на лобке;

В) отсутствие оволосения в подмышечных впадинах;

Г) отсутствие роста полового члена.

38. К проявлениям синдрома Клайнфельтера относят все, кроме:

А) гипергонадотропный (первичный) гипогонадизм;

Б) высокий интеллект;

В) высокий рост;

Г) пороки развития внутренних органов.

39. К клиническим проявлениям синдрома Клайнфельтера в пубертатный период относят все, кроме:

А) спонтанный пубертат вследствие продукции надпочечниковых андрогенов;

Б) несоответствие между выраженностью полового оволосения и маленьким объемом яичек дряблой консистенции;

В) гипогонадотропный (вторичный) гипогонадизм;

Г) задержка умственного развития, трудности в обучении.

40. Какой кариотип при синдроме Нунан у мальчиков?

А) 46 ХХ;

Б) 46 XY;

В) 45 Х0;

Г) 47 ХХY.

41. Какой кариотип при синдроме Нунан у девочек?

А) 46 ХХ;

Б) 46 XY;

В) 45 Х0;

Г) 47 ХХY.

42. Клиническими проявлениями синдрома Нунан является все перечисленное, кроме:

А) гипогонадотропный гипогонадизм;

Б) низкорослость;

В) пороки сердца;

Г) крипторхизм.

43. Какой кариотип характерен для синдрома тестикулярной феминизации?

А) 46 ХХ;

Б) 46 XY;

В) 45 Х0;

Г) 47 XXY.

44. Как клинически проявляется неполная форма тестикулярной феминизации?

А) изолированное нарушение сперматогенеза (синдром Рейфенштейна);

Б) пациенты регистрируются в женском паспортном поле;

В) отсутствие менструаций;

Г) хорошо развиты молочные железы.

45. Клиническими проявлениями полной тестикулярной феминизации является все перечисленное, кроме:

А) диагноз устанавливают случайно при обнаружении тестикул при операции по поводу двусторонней паховой грыжи;

Б) пациенты регистрируются в женском паспортном поле;

В) отсутствие менструаций на фоне хорошего эстрогенизации (хорошо развиты молочные железы);

Г) низкий рост.

46. Для синдрома регрессии яичек характерно все, кроме:

А) нормальное мужское строение наружных половых органов;

Б) нормальное женское строение наружных половых органов;

В) разная степень нарушения строения наружных половых органов по типу гипоспадии;

Г) пальпируемые яички.

47. В план обследования пациентов с первичным гипогонадизмом входит все указанное, кроме:

А) кариотипирование;

Б) УЗИ органов малого таза или УЗИ мошонки и простаты;

В) консультация гинеколога или уролога-андролога;

Г) МРТ-головного мозга.

48. Принципы лечения детей с гипогонадизмом включают все изложенное, кроме:

А) начало заместительной терапии строго с 12 лет;

Б) пожизненная заместительная терапия;

В) начало заместительной терапии определяются индивидуально;

Г) у девочек используют эстроген-прогестагенные препараты, у мальчиков препараты андрогенов или препаратами гонадотропинов.

49. Какую заместительную терапию используют при вторичном гипогонадизме у мальчиков?

А) препараты гонадотропинов;

Б) препараты андрогенов;

В) препараты эстроген-прогестагенов;

Г) витамины и биогенные стимуляторы.

50. Какую заместительную терапию используют при вторичном гипогонадизме у девочек?

А) препараты гонадотропинов;

Б) препараты андрогенов;

В) препараты эстроген-прогестагенов;

Г) витамины и биогенные стимуляторы.

51. Какую заместительную терапию используют при первичном гипогонадизме у девочек?

А) препараты гонадотропинов;

Б) препараты андрогенов;

В) препараты эстроген-прогестагенов;

Г) витамины и биогенные стимуляторы.

52. Какую заместительную терапию используют при первичном и вторичном гипогонадизме у девочек?

А) препараты гонадотропинов;

Б) препараты андрогенов;

В) препараты эстроген-прогестагенов;

Г) витамины и биогенные стимуляторы.

53. Какую заместительную терапию используют при первичном гипогонадизме у мальчиков?

А) препараты гонадотропинов

Б) препараты андрогенов;

В) препараты эстроген-прогестагенов;

Г) витамины и биогенные стимуляторы.

54. Какой препарат пролонгированного тестостерона вводят 1 раз в 3-4 месяца?

А) Сустанон-250;

Б) Омнадрен-250;

В) Небидо.

55. К препаратам эстрогенов относятся все перечисленные, кроме:

А) Сустанон-250;

Б) Премарин;

В) Эстрофем;

Г) Прогинова.

56. Какой препарат относится к трансдермальным эстрогенам?

А) Дивигель

Б) Премарин;

В) Эстрофем;

Г) Прогинова.

57. К эстроген-гестагенным препаратам, которые используют для циклической заместительной терапии у девочек с гипогонадизмом, относят все, кроме:

А) Дивина;

Б) Прогинова;

В) Цикло-прогинова;

Г) Трисеквенс.

58. Как используют трансдермальный препарат эстрогена Дивигель?

А) наносят 1 раз в сутки на кожу нижней части передней стенки живота;

Б) наносят 1 раз в неделю на кожу нижней части передней стенки живота;

В) наносят 1 раз в месяц на кожу нижней части передней стенки живота.

59. Существует несколько указанных протоколов лечения вторичного гипогонадизма у мальчиков, кроме:

А) препарат ФСГ в дозе 75-150 ЕД внутримышечно 1 раз в 2-3 дня не менее 6 месяцев с последующим добавлением хорионического гонадотропина 1000-3000 ЕД 1 раз в 3-4 дня длительно;

Б) хорионический гонадотропин по 1000-3000 ЕД 1 раз в 3-4 дня по достижению уровня тестостерона не менее 12 нмоль/л с последующим добавлением препарата ФСГ в дозе 75-150 ЕД внутримышечно 1 раз в 2-3 дня под контролем антимюллерового гормона, ингибина В, спермограммы;

В) сочетанное использования хорионического гонадотропина и препаратов ФСГ;

Г) пролонгированный препарат тестостерона 250 мг 1 раз в 3-4 недели длительно.

60. Адекватная заместительная терапия гипогонадизма влияет на все, кроме:

А) на прогноз фертильности;

Б) на улучшение самочувствия, повышение работоспособности и качества жизни;

В) на профилактику остеопороза;

Г) на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

61. Что называется преждевременным половым развитием у девочек?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

62. Что называется преждевременным половым развитием у мальчиков?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

63. Гонадотропинзависимое ППР возникает вследствие всего, кроме:

А) гипоталамической гемартромы;

Б) объемного образования головного мозга;

В) органического поражения головного мозга;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

64. Гонадотропиннезависимое ППР у девочек возникает вследствие всего, кроме:

А) персистирующих фолликулярных кист;

Б) эстрогенпродуцирующих опухолей яичников или надпочечников;

В) арахноидальной кисты хиазмально-селлярной области и дна III желудочка;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

65. Гонадотропиннезависимое ППР у мальчиков возникает вследствие всего,

кроме:

А) ХГЧ-секретирующей опухоли (герминомы);

Б) тестотоксикоза;

В) андрогенпродуцирующей опухоли яичек или надпочечников;

Г) органического поражения ЦНС.

66. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у девочек характерно все, кроме:

А) увеличение молочных желез;

Б) ускоряются темпы роста;

В) появляется оволосение;

Г) менархе не наступают.

67. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у мальчиков характерно все, кроме:

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) яички остаются маленькими;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

68. Какие клинические проявления у мальчиков при гонадотропиннезависимой (периферической) форме ППР?

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) не отмечается роста объема яичек;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

69. Для гипоталамической гемартромы характерно все, кроме:

А) приступы насильственного смеха;

Б) агрессивность, снижение памяти и интеллекта;

В) ППР носит гонадотропиннезависимую (периферическую) форму;

Г) синдром несахарного диабета.

70. Для краниальных ХГЧ-секретирующих опухолей характерно все, кроме:

А) ППР носит гонадотропинзависимую (центрального генеза) форму;

Б) преобладают симптомы повышения внутричерепного давления;

В) зрительные нарушения;

Г) несахарный диабет, реже- СТГ-дефицит.

71. Гонадотропинзависимые (истинные, центральные) формы ППР называются такие формы ППР, которые обусловлены преждевременной активностью гипоталамо-гипофизарной системой и стимуляцией гонад (яичников или яичек) указанными гонадотропинами, кроме:

А) лютеинезирующим гормоном;

Б) фолликулостимулирующим гормоном;

В) хорионическим гонадотропином;

Г) всем выше перечисленным.

72. Что характерно для изолированного телархе по результатам УЗИ?

А) увеличение размеров матки более 3,4 см;

Б) формирование угла между шейкой матки и телом, появления эндометрия (М-эхо);

В) увеличение размеров яичников более 1-3 мл;

Г) размеры матки и яичников соответствуют возрасту ребенка, эндометрий не визуализируется, угол между шейкой матки и телом не сформирован.

73. У мальчиков с ППР для исключения врожденной дисфункции коры надпочечников, андрогенпродуцирующих опухоли надпочечников, герминативно-клеточных опухолей, необходимо провести все указанные

исследования крови, кроме:

А) на уровень СТГ;

Б) на уровень 17ОН-прогестерон;

В) на уровень ДГЭА/ДГЭАс;

Г) на уровень бета-ХГЧ.

74. У девочек с гетеросексуальным вариантом ППР и при изолированном адренархе для исключение врожденной дисфункции коры надпочечников, андроген продуцирующих опухолей надпочечников и яичников,

необходимо провести все указанные исследования крови, кроме:

А) уровень СТГ;

Б) уровень 17ОН-прогестерон;

В) уровень ДГЭА/ДГЭАс;

Г) уровень андростендиона и тестостерона.

75. Укажите кратность введения трипторелина (Диферелин) и лейпрорелина (Люкрин депо) при истинном (центральном) ППР?

А) 1 раз в день;

Б) 1 раз в неделю;

В) 1 раз в месяц;

Г) 1 раз в 3 месяца.

76. Кто определяет показания к хирургическому или лучевому лечению опухолей головного мозга у детей с гонадотропинзависимой (центральной, истинной) формой ППР?

А) эндокринолог;

Б) нейрохирург;

В) невролог;

Г) онколог.

77. Какое лечение у детей с гонадотропиннезависимой

(периферической, ложной) формой ППР, если выявлено объемное образование надпочечников или гонад?

А) консервативное;

Б) лучевая терапия;

В) аналогами люлиберина;

Г) хирургическое лечение.

78. У кого получают лечение мальчики с ХГЧ-секретирующими герминативно-

клеточными опухолями?

А) у эндокринолога;

Б) у нейрохирурга;

В) у невролога;

Г) у онколога.

79. Для лечения одного из вариантов гонадотропиннезависимого ППР врожденной дисфункции коры надпочечников используют (продолжите предложение):

А) глюкокортикоиды;

Б) лучевую терапию;

В) аналоги люлиберина;

Г) хирургическое лечение.

80. В основу классификации болезней щитовидной железы положено ее функциональное состояние, к которому относится все, кроме:

А) гипертиреоз;

Б) гипогонадизм;

В) эутиреоз;

Г) гипотиреоз.

81. Как называется сохраненная нормальная функция щитовидной железы?

А) гипертиреоз;

Б) гипогонадизм;

В) эутиреоз;

Г) гипотиреоз.

82. К заболеваниям с повышенной функцией щитовидной железы относят все, кроме:

А) атрофическая форма аутоиммунного тиреоидита;

Б) болезнь Базедова-Грейвса;

В) функциональная автономия щитовидной железы;

Г) ТТГ-продуцирующая аденома гипофиза.

83. К заболеваниям с повышенной функцией щитовидной железы относят все, кроме:

А) многоузловой токсический зоб;

Б) тиреотоксическая аденома;

В) в результате употребления пищи, содержащей зобогенные вещества;

Г) гестационный транзиторный тиреотоксикоз.

84. К заболеваниям с повышенной функцией щитовидной железы относят все, кроме:

А) метастазы рака щитовидной железы, продуцирующей тиреоидные гормоны;

Б) синдром неадекватной секреции ТТГ (резистентность тиреотрофов к тиреоидным гормонам);

В) йодиндуцированный тиреотоксикоз;

Г) на фоне приема тиреостатических препаратов.

85. К заболеваниям с пониженной функцией щитовидной железы относят все, кроме:

А) унифокальная функциональная автономия;

Б) гипоплазия щитовидной железы;

В) дефекты биосинтеза гормонов щитовидной железы;

Г) на фоне приема тирозола.

86. К заболеваниям с нормальной функцией щитовидной железы относят все, кроме:

А) эндемический зоб;

Б) спорадический зоб;

В) тиреоидная неоплазия;

Г) болезнь Базедова-Грейвса.

87. К какому периоду внутриутробного развития щитовидная железа приобретает способность накапливать йод и синтезировать йодтиронины?

А) к 6-8 неделе;

Б) к 10-12 неделе;

В) к 14-16 неделе;

Г) к 20-24 неделе.

88. Какой процент составляет первичный гипотиреоз из всех случаев врожденного гипотиреоза?

А) 10%;

Б) 25%;

В) 50%;

Г) 90%.

89. Какой процент составляет вторичный и третичный гипотиреоз из всех случаев врожденного гипотиреоза?

А) 10%;

Б) 25%;

В) 50%;

Г) 90%.

90. К причинам первичного врожденного гипотиреоза относится все, кроме:

А) атиреоз;

Б) гипоплазия щитовидной железы;

В) дефект транспорта йодидов;

Г) заболевания гипоталямуса, гипофиза.

91. К причинам вторичного и третичного гипотиреоза относится все, кроме:

А) заболевание гипоталямуса и гипофиза;

Б) дистопия щитовидной железы

В) гипопитуитаризм;

Г) изолированный дефицит синтеза ТТГ.

92. Какими чаще всего причинами обусловлено большинство спорадических случаев врожденного гипотиреоза?

А) аплазией и гипоплазией щитовидной железы;

Б) дистопией щитовидной железы;

В) дисгормоногенезом;

Г) резистентностью рецепторов тканей к гормонам щитовидной железы.

93. Наиболее типичными признаками врожденного гипотиреоза при рождении является все, кроме:

А) отечное лицо, губы, веки;

Б) полуоткрытый рот с широким, распластанным языком;

В) локализованные отеки в виде плотных подушечек в надключичных ямках, на тыльных поверхностях кистей и стоп;

Г) малая масса при рождении.

94. Наиболее типичными признаками врожденного гипотиреоза при рождении является все, кроме:

А) хорошая эпителизация пупочной ранки;

Б) грубый голос при плаче, крике;

В) затянувшаяся желтуха;

Г) позднее отхождение мекония.

95. Если не начато лечение наиболее типичными признаками врожденного гипотиреоза в возрасте 3-4-х месяцев жизни ребенка является все, кроме:

А) сниженный аппетит;

Б) плохая прибавка в массе;

В) гипертермия;

Г) метеоризм запоры.

96. Если не начато лечение наиболее типичными признаками врожденного гипотиреоза в возрасте 5-6 месяцев жизни ребенка является все, кроме:

А) задержка психомоторного развития;

Б) задержка физического развития;

В) позднее прорезывание зубов;

Г) тахикардия.

97. До какого уровня ТТГ при скрининге на врожденный гипотиреоз показатель считается вариантом нормы?

А) до 5 мЕД/л;

Б) до 10 мЕД/л;

В) до 20 мЕД/л;

Г) до 50 мЕД/л.

98. Какой показатель ТТГ при скрининге у новорожденного ребенка с высокой степенью вероятности указывает на врожденный гипотиреоз?

А) 10 мЕД/л;

Б) 20 мЕД/л;

В) 50 мЕД/л;

Г) 100мЕД/л.

99. Укажите возрастную дозу левотироксина натрия для лечения врожденного гипотиреоза у недоношенного ребенка до 3 месяцев жизни?

А) 10-15 мкг/кг в сутки;

Б) 8-10 мкг/кг в сутки;

В) 4-6 мкг/кг в сутки;

Г) 2-3 мкг/кг в сутки.

100. Укажите возрастную дозу левотироксина натрия для лечения врожденного гипотиреоза у ребенка 1-3-х лет жизни?

А) 10-15 мкг/кг в сутки;

Б) 8-10 мкг/кг в сутки;

В) 4-6 мкг/кг в сутки;

Г) 2-3 мкг/кг в сутки.

**Вариант №3**

1. Проявлениями йодной недостаточности у взрослых может быть все изложенное, кроме:

А) нарушение репродуктивной функции;

Б) мочекаменная болезнь;

В) ускоренное развитие атеросклероза;

Г) анемия беременных.

2. Как называется профилактика йодного дефицита, проводимая в масштабе популяции, путем внесения йода в наиболее распространенные продукты?

А) массовая;

Б) групповая;

В) семейная;

Г) индивидуальная.

3. Как называется профилактика йодного дефицита, проводимая у отдельных лиц, угрожаемых по эндемическому зобу, например, из семьи, где среди родственников часто встречается нетоксический зоб или узловой зоб?

А) массовая;

Б) групповая;

В) семейная;

Г) индивидуальная.

4. С помощью чего проводится групповая профилактика йодного дефицита?

А) йодированной соли;

Б) препаратов, содержащих физиологические дозы йода

(калия йодида);

В) поливитаминов с йодом;

Г) морепродуктов.

5. Как длительно осуществляется массовая йодная профилактика?

А) длительный прием, но не менее 6 месяцев;

Б) до достижения пубертата;

В) до достижения 18 лет;

Г) постоянно, на протяжении всей жизни.

6. Как длительно осуществляется групповая йодная профилактика?

А) длительный прием, но не менее 6 месяцев;

Б) до достижения пубертата;

В) до достижения 18 лет;

Г) постоянно, на протяжении всей жизни.

7. Какая суточная доза калия йодида курсом не менее 6 месяцев используется при лечении эндемического зоба?

А) 100 мкг;

Б) 200 мкг;

В) 250 мкг;

Г) 300 мкг.

8. По какому исследованию подбирают адекватную дозу левотироксина натрия при лечении эндемического зоба?

А) по результату УЗИ;

Б) по уровню гормона свободного Т4;

В) по уровню ТТГ;

Г) по йодурии.

9. Для клинической картины рака щитовидной железы наиболее характерно все указанное, кроме:

А) нарушение функции щитовидной железы;

Б) единичный узел или многоузловой зоб у мальчика;

В) быстрорастущий плотной консистенции узел;

Г) увеличение регионарных лимфоузлов.

10. Укажите, какой рак щитовидной железы наиболее распространен у детей?

А) папиллярный;

Б) фолликулярный;

В) медуллярный;

Г) недифференцированный (анапластический).

11. В пользу злокачественного образования в щитовидной железе по данным УЗИ свидетельствует все указанное, кроме:

А) гипоэхогенное образование с нечеткими контурами;

Б) наличие капсулы у узла;

В) микрокальцинаты;

Г) полости распада.

12. Лечение рака щитовидной железы осуществляется в зависимости от гистологического варианта и стадии и включает все, кроме:

А) химиотерапия;

Б) хирургическое лечение;

В) лечение радиоактивным йодом;

Г) рентгенотерапия.

13. В процессе регуляции гомеостаза кальция, фосфора и магния принимают участие в основном все указанные органы, кроме:

А) почки;

Б) печень;

В) кости;

Г) кишечник.

14. Кальцитриол (активный метаболит витамина D влияет на обмен кальция и фосфора следующим образом, кроме:

А) стимулирует всасывание кальция и фосфора в кишечнике;

Б) способствует усилению реабсорбции кальция;

В) способствует усилению экскреции фосфора в почках;

Г) снижение резорбции кальция и фосфора из костей.

15. Паратгормон это гормон, который синтезируется клетками паращитовидных желез, участвует в указанном обмене кальция, кроме:

А) увеличивает резорбцию кальция в дистальных отделах нефрона;

Б) увеличивает всасывание кальция в кишечнике;

В) снижает костную резорбцию;

Г) усиливает костеобразование.

16. Причины гипопаратиреза все указанные, кроме:

А) вирусный генез;

Б) нарушение эмбриогенеза;

В) аутоиммунная деструкция паращитовидных желез;

Г) послеоперационный генез, как осложнение тиреоидэктомии.

17. К клиническим проявлениям гипопаратиреоза относится все указанное, кроме:

А) тонические судороги;

Б) жажда;

В) дефекты зубной эмали;

Г) катаракта.

18. Транзиторная гипокальцемия новорожденных встречается до 5 дня жизни при всех указанных состояниях, кроме:

А) у недоношенных детей;

Б) у детей со ЗВУР;

В) при гипопаратиреозе;

Г) асфиксии новорожденного.

19. К лабораторным показателям, подтверждающим диагноз гипопаратиреоз, относят все указанное, кроме:

А) гипокальциемию;

Б) гиперфосфатемию;

В) гипокальциурию;

Г) повышение уровня паратгормона в сыворотке крови.

20. Какие изменения выявляют на рентгенограммах черепа, грудной клетки, костей таза, нижних конечностей при гипопаратиреозе?

А) повышенная плотность костей;

Б) остеопороз;

В) переломы;

Г) очаги деструкции в костях

21. Для кардиальных событий при ДТЗ характерно все, кроме:

А) ускорение предсердно-желудочковой проводимости на ЭКГ;

Б) брадикардия;

В) повышение вольтажа зубцов PRT;

Г) экстрасистолия.

22. Для кардиальных событий при ДТЗ характерно все, кроме:

А) снижение систолического давления;

Б) снижение диастолического давления;

В) мерцательная аритмия;

Г) пароксизмальная тахикардия.

23. Для нарушений со стороны нервной системы при тиреотоксикозе характерно все, кроме:

А) быстроволновая активность на ЭЭГ;

Б) мышечный гипертонус;

В) мелкий тремор пальцев рук, языка

Г) хореоморфные движения.

24. Для нарушений со стороны дыхательной системы при тиреотоксикозе

характерно все, кроме:

А) одышка при физической нагрузке;

Б) снижение силы мышц грудной клетки;

В) уменьшение жизненной емкости легких;

Г) нарушения со стороны дыхания прослеживается уже при легких формах тиреотоксикоза.

25. Что характерно для нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта при тиреотоксикозе?

А) мальабсорбция;

Б) анорексия;

В) рвота;

Г) боли в животе.

26. Для нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта при тиреотоксикозе характерно все, кроме:

А) гепатомегалия;

Б) желтушность;

В) желчекаменная болезнь;

Г) повышение печеночных ферментов.

27. Для нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта при тиреотоксикозе характерно все, кроме:

А) ахлоргидрия;

Б) жировая инфильтрация печени;

В) пролиферация эндотелия желчных протоков;

Г) холецистит.

28. Для нарушений со стороны мочевыделительной системы при тиреотоксикозе характерно все, кроме:

А) болезненные микции;

Б) полиурия;

В) дневной энурез;

Г) ночной энурез.

29. Для нарушений со стороны системы кроветворения при тиреотоксикозе характерно все, кроме:

А) увеличивается количество эритроцитов;

Б) увеличивается продукция эритропоэтина;

В) повышается гематокрит;

Г) повышается объем плазмы.

30. Со стороны системы кроветворения при болезни Грейвса возможны все изменения, кроме:

А) пернициозная анемия;

Б) моноцитопения;

В) относительный лимфоцитоз;

Г) лейкопения.

31. Со стороны системы кроветворения при болезни Грейвса возможны все изменения, кроме:

А) тромбоцитопения;

Б) спленомегалия;

В) генерализованная лимфаденопатия;

Г) пернициозная анемия.

32. Для надпочечниковой недостаточности при тиреотоксикозе характерно все, кроме:

А) общая слабость, утомляемость;

Б) низкая концентрация адреналина и норадреналина в крови;

В) гиперпигментация кожного покрова;

Г) низкое диастолическое артериальное давление.

33. Для надпочечниковой недостаточности при тиреотоксикозе характерно все, кроме:

А) усиливается активность 11бета-гидроксистероиддегидрогеназы;

Б) повышается инактивация кортизола в кортизон;

В) секреция кортизола возрастает;

Г) чувствительность к ангиотензину II повышена.

34. Укажите, что происходит с костным возрастом при тиреотоксикозе?

А) несколько отстает;

Б) нормальный;

В) несколько опережает;

Г) значительно опережает.

35. Укажите, что происходит с половым развитием при тиреотоксикозе?

А) в ряде случаев отмечается задержка;

Б) в ряде случаев отмечается опережение;

В) всегда нормальное половое развитие;

Г) всегда опережение.

36. Следствием катаболизма белка при тиреотоксикозе является все, кроме:

А) положительный азотистый баланс;

Б) снижение массы тела;

В) мышечная слабость;

Г) снижение концентрации альбумина.

37. При подозрении на ДТЗ необходимо исследовать все, кроме:

А) УЗИ щитовидной железы;

Б) ТТГ и свободный Т4;

В) антитела к р-ТТГ;

Г) антитела к тиреоглобулину.

38. Какие антитела являются строго специфичными для болезни Грейвса и являются прогностическим критерием консервативного метода лечения?

А) антитела к тиреоглобулину;

Б) антитела к р-ТТГ;

В) антитела к ТПО;

Г) антитела к глютаматдекарбоксилазе.

39. Что происходит с уровнем ТТГ при тиреотоксикозе?

А) всегда подавлен;

Б) всегда нормальный;

В) всегда повышен;

Г) уровень ТТГ может быть, как повышен, так и понижен.

40. Как может изменяться глюкоза крови при тиреотоксикозе?

А) не меняется;

Б) может снижаться;

В) может повышаться;

Г) уровень глюкозы крови может быть, как повышен, так и снижен.

41. Как может изменяться холестерин крови при тиреотоксикозе?

А) не меняется;

Б) снижается;

В) повышается;

Г) уровень холестерина крови может быть, как повышен, так и снижен.

42. Болезнь Грейвса дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:

А) резистентностью к тиреоидным гормонам;

Б) эндемическим зобом;

В) тиреотропинсекретирующей аденомой гипофиза;

Г) тиреотоксической фазой аутоиммунного тиреоидита.

43. Для тиреотоксикоза характерно все, кроме:

А) постоянная тахикардия;

Б) повышенная диффузная потливость;

В) тремор;

Г) холодные на ощупь ладони и стопы.

44. К веществам (препаратам), способным вызвать йод индуцированный тиреотоксикоз, относят все, кроме:

А) биологические активные пищевые добавки;

Б) местные антисептики;

В) радиофармпрепараты;

Г) тирозол.

45. К побочным эффектам антитиреоидных препаратов относят все, кроме:

А) лейкопения и тромбоцитопения;

Б) артриты и артралгии;

В) токсический гепатит;

Г) гемолитическая анемия.

46. Через сколько времени от начала лечения тиреотоксикоза тиамазолом (тирозолом, мерказолилом) достигается эутиреоидное состояние (равновесия)?

А) через 1-2 недели;

Б) через 3-4 недели;

В) через 5-6 недель;

Г) через 10-12 недель.

47. Какая длительность приема бета-адреноблокаторов (анаприлина, обзидана) при тиреотоксикозе?

А) 1-2 недели;

Б) 3-4 недели;

В) 5-6 недель;

Г) 10-12 недель.

48. Показанием к оперативному лечению при болезни Грейвса является все указанное, кроме:

А) отсутствие стабильной и длительной компенсации тиреотоксикоза, на фоне адекватно проводимой терапии;

Б) зоб больших размеров с признаками сдавления органов шеи;

В) загрудинный зоб;

Г) высокий титр антител к р-ТПО.

49. Риск рецидива тиреотоксикоза при болезни Грейвса высок у детей во всех перечисленных случаях, кроме:

А) при больших размерах зоба;

Б) при офтальмопатии;

В) при значительном увеличении Т3;

Г) при очень низком уровне ТТГ.

50. Критериями полного выздоровления у пациентов с ДТЗ является все, кроме:

А) нормализация размеров щитовидной железы;

Б) продолжающаяся адекватная антитиреоидная терапия;

В) стойкий (в течение 2-х лет) клинический и гормональный эутиреоз;

Г) нормализация уровня антитиреоидных антител.

51. К послеоперационным осложнениям у пациентов с ДТЗ при резекции щитовидной железы относят все, кроме:

А) парез голосовых связок;

Б) гипопаратиреоз;

В) келоидный рубец;

Г) гипотиреоз.

52. Удаление паращитовидных желез во время резекции щитовидной железы может привести к послеоперационному гипопаратиреозу, к проявлениям которого относится все, кроме:

А) тонические судороги;

Б) высокий уровень кальция и низкий уровень фосфора в крови;

В) парастезии;

Г) головная боль, рвота.

53. Для клинической картины тиреотоксического криза характерно все, кроме:

А) возбуждение;

Б) высокая температура;

В) бледная окраска лица;

Г) систолическое АД повышается, диастолическое понижается.

54. В схему лечения тиреотоксического криза включено все, кроме:

А) левотироксин;

Б) антитиреоидные препараты внутрь (пропилтиоураил или тиамазол), через зонд;

В) инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами;

Г) глкокортикоиды (гидрокортизон)

55. Укажите максимальную суточную дозу тиамазола при лечении болезни Грейвса (ДТЗ) у подростков:

А) 10 мг;

Б) 20 мг;

В) 30 мг;

Г) 40 мг.

56. Укажите среднюю суточную дозу тиамазола при лечении болезни Грейвса (ДТЗ) у детей до 1 года?

А) 1,25 мг/сут;

Б) 2,5-5,0 мг/сут;

В) 5-10 мг/сут;

Г) 10-30 мг/сут.

57. Укажите среднюю суточную дозу тиамазола при лечении болезни Грейвса (ДТЗ) у детей от 1 года до 5 лет?

А) 1,25 мг/сут;

Б) 2,5-5,0 мг/сут;

В) 5-10 мг/сут;

Г) 10-30 мг/сут.

58. Укажите среднюю суточную дозу тиамазола при лечении болезни Грейвса (ДТЗ) у детей от 5 до 10 лет?

А) 1,25 мг/сут;

Б) 2,5-5,0 мг/сут;

В) 5-10 мг/сут;

Г) 10-30 мг/сут.

59. Укажите среднюю суточную дозу тиамазола при лечении болезни Грейвса (ДТЗ) у детей от 10 до 18 лет?

А) 1,25 мг/сут;

Б) 2,5-5,0 мг/сут;

В) 5-10 мг/сут;

Г) 10-30 мг/сут.

60. В классификацию тиреоидитов входит все перечисленное, кроме:

А) острый;

Б) подострый;

В) затяжной;

Г) хронический.

61. Наиболее часто встречаемые возбудители острого гнойного тиреоидита все указанные, кроме:

А) стафилококк;

Б) стрептококк;

В) пневмококк;

Г) грибы.

62. К клиническим проявлениям острого гнойного тиреоидита относится все, кроме:

А) часто болезненность в области щитовидной железы носит распространенный характер (выражена в обеих долях);

Б) лихорадка, озноб;

В) охриплость голоса, дисфагии;

Г) сгибание шеи приводит к уменьшению болезненности

63. При отсутствии адекватной антибактериальной терапии к осложнениям острого гнойного тиреоидита относится все, кроме:

А) гнойный медиастенит;

Б) гипотиреоз;

В) абсцесс;

Г) флегмона шеи.

64. Для общего анализа крови при остром гнойном тиреоидите характерно все, кроме:

А) лейкоцитоз;

Б) нейтрофильный сдвиг влево;

В) эозинофилия;

Г) увеличение СОЭ.

65. Какая цитологическая картина при остром тиреоидите?

А) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами;

Б) инфильтрация лимфоцитами;

В) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами и лимфоцитами;

Г) инфильтрация эозинофилами.

66. Вследствие чего возникает острый негнойный тиреоидит?

А) травм щитовидной железы;

Б) вирусной инфекции;

В) паразитарной инфекции;

Г) бактериальной инфекции.

67. Какое лечение назначают при остром негнойном тиреоидите?

А) антибиотики широкого спектра действия;

Б) НПВС;

В) заместительная терапия левотироксином;

Г) антитиреоидная терапия тиамазолом.

68. До какого возраста редко встречается подострый тиреоидит (де Кервена), всего в 2-7%?

А) до 5 лет;

Б) до 10 лет;

В) до 15 лет;

Г) до 20 лет.

69. Какой этиологии подострый тиреоидит (де Кервна)?

А) травматической;

Б) вирусной;

В) паразитарной;

Г) бактериальной.

70. Для цитологической картины при подостром тиреоидите (де Кервена) характерно все, кроме:

А) десквамированные тиреоциты с дистрофией и некрозом;

Б) скопление гистиоцитов;

В) гигантские многоядерные клетки;

Г) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами и лимфоцитами.

71. Какое лечение назначают при подостром тиреоидите (де Кервена) в острой фазе при неэффективности НПВС?

А) антибиотики широкого спектра действия;

Б) глюкокортикоиды;

В) заместительная терапия левотироксином;

Г) антитиреоидная терапия тиамазолом.

72. В какой дозе назначают преднизолон при подостром тиреоидите (де Кервена)?

А) 0,5-1 мг/кг/сут;

Б) 2-3 мг/кг/сут;

В) 4-5 мг/кг/сут;

Г) 30 мг/м2/сут.

73. Какая этиология зоба Хашимото?

А) бактериальная;

Б) вирусная;

В) травматическая;

Г) аутоиммунная.

74. Кто чаще болеет аутоиммунным тиреоидитом?

А) мальчики;

Б) девочки;

В) одинаково и мальчики, и девочки;

Г) данное заболевание в детской практике не встречается.

75. Какие формы аутоиммунного тиреоидита (зоба Хашимото) существуют?

А) только гипертрофическая форма;

Б) только атрофическая форма;

В) гипертрофическая и атрофическая формы;

Г) формы без гипертрофии и атрофии.

76. К цитологической картине зоба Хашимото относят все перечисленное, кроме:

А) диффузная инфильтрация щитовидной железы лимфоцитами;

Б) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами;

В) деструкцией эпителиальных клеток;

Г) пролиферацией соединительной ткани.

77. Зоб Хашимото в пределах одной семьи может сочетаться со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

А) сахарным диабетом 1 типа;

Б) сахарным диабетом 2 типа;

В) витилиго;

Г) ревматоидным артритом.

78. При аутоиммунном тиреоидите выявляю все перечисленные антитела, кроме:

А) антитела к глютаматдекарбоксилазе (GADA);

Б) антитела к тиреоглобулину;

В) антитела к тиреоидной пероксидазе (микросомальному антигену);

Г) антитела ко второму коллоидному антигену.

79. Укажите этиологию тиреотоксикоза при аутоиммунном тиреоидите (хашитоксикоза)?

А) деструкция ткани щитовидной железы вследствие аутоагрессии и поступления в кровь большого количества ранее синтезируемых гормонов;

Б) антитела, стимулирующие продукцию тиреоидных гормонов;

В) все указанное выше;

Г) ничего из выше указанного.

80. Какие фазы характерны для зоба Хашимото?

А) гипотиреоза;

Б) эутиреоза;

В) тиреотоксикоза;

Г) все указанные фазы.

81. Как протекает зоб Хашимото?

А) остро, с болевыми ощущениями в щитовидной железе;

Б) подостро, с умеренной болезненностью в щитовидной железе;

В) длительное бессимптомное течение;

Г) может протекать в разных, выше указанных вариантах.

82. Какая этиология гипотиреоза при аутоиммунном тиреоидите?

А) пролиферацией фиброзной ткани на месте аутоиммунного воспаления в ткани щитовидной железы;

Б) деструкция ткани щитовидной железы вследствие аутоагрессии и поступления в кровь большого количества ранее синтезируемых гормонов;

В) антитела, стимулирующие продукцию тиреоидных гормонов;

Г) все указанное выше.

83. Как длительно протекает транзиторная фаза тиреотоксикоза при аутоиммунном тиреоидите?

А) не более 6 месяцев;

Б) 6 месяцев – 1 год;

В) более 1 года;

Г) в зависимости от тяжести заболевания.

84. Диагностическими критериями аутоиммунного тиреоидита у детей является все указанное, кроме:

А) увеличение объема щитовидной железы более 97-го перцентиля нормативных значения для данного пола из расчета на площадь поверхности тела;

Б) наличие антител к тиреоидной пероксидазе или микросомальной фракции;

В) наличие антител к рецептору ТТГ;

Г) характерные ультразвуковые изменения структуры щитовидной железы (неоднородность, снижение эхогенности, фиброзные тяжи).

85. Какое лечение проводят при аутоиммунном тиреоидите?

А) иммунодепрессанты;

Б) иммуномодуляторы;

В) глюкокортикоиды;

Г) при определенных показаниях левотироксин натрия.

86. Показанием к назначению левотироксина натрия

при аутоиммунном тиреоидите у детей является все перечисленное, кроме:

А) манифестный гипотиреоз (повышение ТТ и понижение уровня свободного Т4);

Б) субклинический гипотиреоз (нормальный уровень свободного Т4 и повышенный уровень ТТГ);

В) атрофическая форма аутоиммунного тиреоидита;

Г) значительное увеличение объема щитовидной железы – более чем на 30% от верхней границы нормы для данного возраста и пола + нормальный уровень свободного Т4 и показатель ТТГ на верхней границе нормы.

87. Как часто контролировать уровень ТТГ и свободного Т4 пациентам, получающим заместительную терапию левотироксином натрия при аутоиммунном тиреоидите?

А) 1 раз в месяц;

Б) 1 раз в 2 месяца;

В) 1 раз в 4 месяца;

Г) 1 раз в 6 месяцев.

88. Как часто исследовать антитиреоидные антитела при аутоиммунном тиреоидите?

А) при постановке диагноза;

Б) 1 раз в 3 месяца;

В) 1 раз в 6 месяцев;

Г) 1 раз в 12 месяцев.

89. Какое заболевание щитовидной железы проявляется замещением ткани щитовидной железы фиброзной тканью с инвазией в окружающие ткани (фиброзно-инвазивный зоб)?

А) острый тиреоидит;

Б) подострый тиреоидит;

В) зоб Хашимото;

Г) зоб Риделя

90. Клинические проявления фиброзно-инвазивного зоба (зоба Риделя) обусловлены всем указанным, кроме:

А) явлениями компрессии органов и тканей в связи с ретрореритонеальным и медиастинальным фиброзом;

Б) прогрессирующим гипотиреозом;

В) явлениями гипопаратиреоза;

Г) бактериальными осложнениями.

91. Хронические специфические тиреоидиты возникают при всех указанных состояниях, кроме:

А) при саркоидозе;

Б) при сифилисе;

В) при актиномикозе;

Г) при аденовирусной инфекции.

92. Лечение хронического специфического тиреоидита включает все, кроме:

А) лечение основного заболевания;

Б) оперативное лечение – иссечение пораженной доли при наличии гумм, туберкулом, свищей;

В) глюкокортикоиды;

Г) заместительная терапия левотироксином натрия.

93. Термин узловой зоб включает все указанное, кроме:

А) узловой коллоидный зоб;

Б) кисты щитовидной железы;

В) псевдоузлы при гипертрофической форме АИТ;

Г) диффузное изменение в ткани щитовидной железы.

94. Какая наиболее частая причина развития узлового зоба?

А) острый и подострый тиреоидит;

Б) аутоиммунный тиреоидит;

В) недостаточное потребление йода с пищей;

Г) травма щитовидной железы.

95. В план обследования пациентов с узловыми образованиями в щитовидной железе входит все указанное, кроме:

А) УЗИ щитовидной железы;

Б) тонкоигольная аспирационная биопсия;

В) исследование уровня ТТГ;

Г) исследование содержания йода в моче.

96. Как длительно осуществляется групповая йодная профилактика?

А) длительный прием, но не менее 6 месяцев;

Б) до достижения пубертата;

В) до достижения 18 лет;

97. Эндемический зоб обусловлен всем, кроме:

А) дефицитом йода в организме;

Б) экологическими токсикантами;

В) зобогенными веществами, содержащимися в пище;

Г) острым бактериальным воспалением щитовидной железы.

98. Проявлениями йодной недостаточности в фетальный период может быть все изложенное, кроме:

А) спонтанные выкидыши;

Б) пороки сосудов плаценты;

В) преждевременные роды;

Г) врожденные пороки развития плода.

99. Проявлениями йодной недостаточности в неонатальный период может быть все изложенное, кроме:

А) врожденный гипотиреоз;

Б) врожденный зоб;

В) психомоторные нарушения;

Г) адреногенитальный синдром.

100. Проявлениями йодной недостаточности в детском и подростковом периоде может быть все изложенное, кроме:

А) диффузный токсический зоб;

Б) эутиреоидный зоб;

В) задержка умственного и физического развития;

Г) ювенильный гипотиреоз.

**Вариант№4**

1. Проявлениями йодной недостаточности у взрослых может быть все изложенное, кроме:

А) нарушение репродуктивной функции;

Б) мочекаменная болезнь;

В) ускоренное развитие атеросклероза;

Г) анемия беременных.

2. Как называется профилактика йодного дефицита, проводимая в масштабе популяции, путем внесения йода в наиболее распространенные продукты?

А) массовая;

Б) групповая;

В) семейная;

Г) индивидуальная.

3. Как называется профилактика йодного дефицита, проводимая у отдельных лиц, угрожаемых по эндемическому зобу, например, из семьи, где среди родственников часто встречается нетоксический зоб или узловой зоб?

А) массовая;

Б) групповая;

В) семейная;

Г) индивидуальная.

4. С помощью чего проводится групповая профилактика йодного дефицита?

А) йодированной соли;

Б) препаратов, содержащих физиологические дозы йода

(калия йодида);

В) поливитаминов с йодом;

Г) морепродуктов.

5. Как длительно осуществляется массовая йодная профилактика?

А) длительный прием, но не менее 6 месяцев;

Б) до достижения пубертата;

В) до достижения 18 лет;

Г) постоянно, на протяжении всей жизни.

6. Как длительно осуществляется групповая йодная профилактика?

А) длительный прием, но не менее 6 месяцев;

Б) до достижения пубертата;

В) до достижения 18 лет;

Г) постоянно, на протяжении всей жизни.

7. Какая суточная доза калия йодида курсом не менее 6 месяцев используется при лечении эндемического зоба?

А) 100 мкг;

Б) 200 мкг;

В) 250 мкг;

Г) 300 мкг.

8. По какому исследованию подбирают адекватную дозу левотироксина натрия при лечении эндемического зоба?

А) по результату УЗИ;

Б) по уровню гормона свободного Т4;

В) по уровню ТТГ;

Г) по йодурии.

9. Для клинической картины рака щитовидной железы наиболее характерно все указанное, кроме:

А) нарушение функции щитовидной железы;

Б) единичный узел или многоузловой зоб у мальчика;

В) быстрорастущий плотной консистенции узел;

Г) увеличение регионарных лимфоузлов.

10. Укажите, какой рак щитовидной железы наиболее распространен у детей?

А) папиллярный;

Б) фолликулярный;

В) медуллярный;

Г) недифференцированный (анапластический).

11. В пользу злокачественного образования в щитовидной железе по данным УЗИ свидетельствует все указанное, кроме:

А) гипоэхогенное образование с нечеткими контурами;

Б) наличие капсулы у узла;

В) микрокальцинаты;

Г) полости распада.

12. Лечение рака щитовидной железы осуществляется в зависимости от гистологического варианта и стадии и включает все, кроме:

А) химиотерапия;

Б) хирургическое лечение;

В) лечение радиоактивным йодом;

Г) рентгенотерапия.

13. В процессе регуляции гомеостаза кальция, фосфора и магния принимают участие в основном все указанные органы, кроме:

А) почки;

Б) печень;

В) кости;

Г) кишечник.

14. Кальцитриол (активный метаболит витамина D влияет на обмен кальция и фосфора следующим образом, кроме:

А) стимулирует всасывание кальция и фосфора в кишечнике;

Б) способствует усилению реабсорбции кальция;

В) способствует усилению экскреции фосфора в почках;

Г) снижение резорбции кальция и фосфора из костей.

15. Паратгормон это гормон, который синтезируется клетками паращитовидных желез, участвует в указанном обмене кальция, кроме:

А) увеличивает резорбцию кальция в дистальных отделах нефрона;

Б) увеличивает всасывание кальция в кишечнике;

В) снижает костную резорбцию;

Г) усиливает костеобразование.

16. Причины гипопаратиреза все указанные, кроме:

А) вирусный генез;

Б) нарушение эмбриогенеза;

В) аутоиммунная деструкция паращитовидных желез;

Г) послеоперационный генез, как осложнение тиреоидэктомии.

17. К клиническим проявлениям гипопаратиреоза относится все указанное, кроме:

А) тонические судороги;

Б) жажда;

В) дефекты зубной эмали;

Г) катаракта.

18. Транзиторная гипокальцемия новорожденных встречается до 5 дня жизни при всех указанных состояниях, кроме:

А) у недоношенных детей;

Б) у детей со ЗВУР;

В) при гипопаратиреозе;

Г) асфиксии новорожденного.

19. К лабораторным показателям, подтверждающим диагноз гипопаратиреоз, относят все указанное, кроме:

А) гипокальциемию;

Б) гиперфосфатемию;

В) гипокальциурию;

Г) повышение уровня паратгормона в сыворотке крови.

20. Какие изменения выявляют на рентгенограммах черепа, грудной клетки, костей таза, нижних конечностей при гипопаратиреозе?

А) повышенная плотность костей;

Б) остеопороз;

В) переломы;

Г) очаги деструкции в костях.

21. Выявление скрытых форм гипопаратиреоза проводят на основании всех указанных симптомов, кроме:

А) симптом Хвостека;

Б) симптом Вейса;

В) симптом Бабинского;

Г) симптом Труссо.

22. Как называют симптом, при котором при постукивании в месте выхода лицевого нерва происходит сокращение мышц лица?

А) симптом Хвостека;

Б) симптом Вейса;

В) симптом Бабинского;

Г) симптом Труссо.

23. Как называют симптом, при котором через 1-2 минуты после сдавливания плеча жгутом появляются судороги в кисти («рука акушера»)?

А) симптом Хвостека;

Б) симптом Вейса;

В) симптом Бабинского;

Г) симптом Труссо.

24. Для гипопаратиреоза характерно снижение всех указанных показателей, кроме:

А) кальция в крови (гипокальциемия);

Б) фосфора в крови (гипофосфатемия);

В) кальция в моче (гипокальциурия);

Г) паратгормона в сыворотке крови.

25. Методами лечения гипопаратиреоза является все изложенное, кроме:

А) диета, богатая солями кальция;

Б) диета, богатая фосфорсодержащими продуктами;

В) препараты кальция;

Г) препараты витамина D.

26. Критериями эффективности лечения гипопаратиреоза является все указанное, кроме:

А) уровень фосфора в сыворотке крови 0,8 мкмоль/л;

Б) уровень общего кальция в сыворотке крови 2,1-2,5 ммоль/л;

В) уровень ионизированного кальция 1,0-1,8 ммоль/л;

Г) уровень суточной экскреции кальция с мочой 2,5-10,0 ммоль/л.

27. Как часто наблюдает эндокринолог детей с гипопаратиреозом?

А) 1 раз в месяц;

Б) каждые 3-4 месяца;

В) 2 раза в год;

Г) 1 раз в год.

28. Причинами гиперпаратиреоза является все указанное, кроме:

А) солитарная паратирома;

Б) множественные аденомы паращитовидных желез;

В) рак паращитовидных желез;

Г) гипоплазия паращитовидных желез.

29. Аденома паращитовидных желез возникае у пациентов при всех указанных патологических состояниях, кроме:

А) с аутоиммунной деструкцией паращитовидных желез;

Б) с МЭН-1 (множественной полиэндокринной неоплазией-1);

В) с хронической почечной недостаточностью и уремией;

Г) со спорадической (несемейной) гиперплазией.

30. С помощью какого исследования можно выявить гиперплазию паращитовидных желез?

А) УЗИ;

Б) компьтерной томографии органов шеи;

В) сцинтиграфии;

Г) рентгенографии органов шеи.

31. Какое лечение проводят пациентам при бессимптомном течении семейной гипокальциурической гиперкальциемии (гиперпаратиреозе)?

А) не нуждаются в лечении;

Б) лечение консервативное;

В) лечение хирургическое;

Г) лечение в зависимости от степени тяжести заболевания.

32. Какое лечение проводят пациентам при тяжелом течении семейной гипокальциурической гиперкальциемии (неонатальном гиперпаратиреозе)?

А) не нуждаются в лечении;

Б) лечение консервативное (форсированный диурез, временное назначение бифосфонатов);

В) лечение хирургическое (тотальная паратиреоидэктомия);

Г) лечение в зависимости от степени тяжести заболевания.

33. Для злокачественной гиперкальциемии характерно все изложенное, кроме:

А) высокий уровень паратгормона в крови;

Б) низкий уровень паратгормона в крови;

В) высокий уровень паратгормоноподобного пептида;

Г) высокий уровень кальция.

34. К клиническому проявлению гиперпаратиреоза относится все, кроме:

А) катаракта;

Б) кальцинация роговой оболочки;

В) остеопороз, кисты в костях таза, запястий, ребрах;

Г) полиурия.

35. Поражение костной ткани при гиперпаратиреозе включает все, кроме:

А) костную-остеопоротическую форму;

Б) фиброзно-кистозный остеит;

В) повышенную плотность костей;

Г) педжетоидную форму.

36. Для поражения костной системы при первичном гиперпаратиреозе характерно все указанное, кроме:

А) дефекты эмали зубов;

Б) деформация позвонков по типу «рыбьего позвонка» с переломами позвонков;

В) хондрокальциноз;

Г) уменьшение роста, боли в спине при длительном пребывании в положении стоя

37. Для поражения пищеварительной системы при первичном гиперпаратиреозе характерно все указанное, кроме:

А) пептические язвы желудка или 12-перстной кишки;

Б) панкреакальциноз;

В) повышенный аппетит;

Г) повышение секреции гастрина и соляной кислоты.

38. Что, из ниже указанного, характерно для гипопаратиреоза?

А) кальцинаты в области базальных ганглиев;

Б) отложение солей кальция в коже;

В) кальцинация ушных раковин;

Г) кальцинаты в капсулу роговицы глаза.

39. Клиническими проявлениями гиперпаратиреоза в раннем возрасте является все изложенное, кроме:

А) задержка физического развития;

Б) боль в мышцах и суставах;

В) тонические судороги («рука акушера»);

Г) жажда, полиурия.

40. Для гиперкальциемического криза (при гиперпаратиреозе) характерны следующие симптомы, кроме:

А) спутанность сознания, ступор, кома;

Б) судороги;

В) гипотермия;

Г) жажда, анурия.

41. К основным лабораторным показателям для диагностики гиперпаратиреоза относят все указанные, кроме:

А) гиперкальциемия;

Б) снижение активности щелочной фосфатазы;

В) повышение уровня паратгормона;

Г) повышение экскреции ионизированного кальция с мочой.

42. К основным методам инструментальной диагностики причины и осложнений гиперкальциемических состояний относят все указанное, кроме:

А) сцинтиграфия паращитовидных желез;

Б) КТ и МРТ грудной клетки и брюшной полости;

В) ЭЭГ;

Г) УЗИ паращитовидных желез.

43. Через какое время ожидается заметное снижение уровни паратгормона и кальция в крови после удаления источника паратгормона (при гиперплазии паращитовидных желез)?

А) через 15 минут;

Б) через 1 час;

В) через сутки;

Г) через неделю.

44. После удаления аденомы паращитовидных желез возможно наступление гипокальциемия (синдром голодных костей). Какая тактика?

А) наблюдение;

Б) назначение витамина D 3-6 мкг/сут;

В) назначение препаратов кальция 2000-3000 мг/сут;

Г) витамин D + препараты кальция.

45. Что считается легкой гиперкальциемией?

А) повышение уровня общего кальция до 3 ммоль/л, ионизированного кальция не более 1,5 ммоль/л;

Б) повышение уровня общего кальция от 3,0 до 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция 1,5-1,8 ммоль/л;

В) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция более 1,8 ммоль/л;

Г) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, уровень ионизированного кальция в норме.

46. Что считается тяжелой гиперкальциемией?

А) повышение уровня общего кальция до 3 ммоль/л, ионизированного кальция не более 1,5 ммоль/л;

Б) повышение уровня общего кальция от 3,0 до 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция 1,5-1,8 ммоль/л;

В) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция более 1,8 ммоль/л;

Г) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, уровень ионизированного кальция в норме.

47. К экстренным терапевтическим мероприятиям при гиперпаратиреозе относят все изложенное, кроме:

А) регидратация путем внутривенного введения изотонического раствора натрия хлорида в объеме, вдвое превышающем средний объем для данной массы и роста;

Б) фуросемид (1-2 мг/кг) после адекватной гидратации;

В) препараты кальция (2000-3000 мг/сут);

Г) бифосфонаты (памидроновая кислота 0,5-1,0 мг/кг в 200-250 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно медленно в течение 4-5час)

48. При гиперкальциемии используют все указанные препараты, снижающие кальций, кроме:

А) бисфосфонаты;

Б) кальцитонин;

В) глюкокортикоиды;

Г) дигидротахистерол.

49. К бисфосфонатам, которые являются эффективным консервативным методом снижения уровня кальция в крови, относят все изложенные, кроме:

А) памидроновая кислота;

Б) фосфаты;

В) клодроновая кислота;

Г) ибандроновая кислота.

50. К препаратам витамина D, используемого при лечении гипопаратиреоза (гипокальциемии) относят все указанные, кроме:

А) эргокальциферол;

Б) колекальциферол;

В) кальцитонин;

Г) дигидротахистерол.

51. Для нарушения фосфорно-кальциевого гомеостаза при гиперпаратиреозе характерно все, кроме:

А) гиперкальциемия;

Б) гипофосфатемия;

В) гиперкальциурия;

Г) гипофосфатурия.

52. Какие результаты глюкозы крови являются критерием нарушенной гликемии натощак?

А) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 5,5 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 7,7 ммоль/л;

Б) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 6,1 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 7,7 ммоль/л;

В) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 5,5 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 8,0 ммоль/л;

Г) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 6,3 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 11,1 ммоль/л.

53. Протокол орального глюкозотолерантного теста включает все указанное, кроме:

А) перед тестом 12 часовое голодание;

Б) в течение 3 дней перед тестом питание с ограничением углеводов;

В) определение уровня гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки;

Г) нагрузка глюкозой из расчета 1,75 г на кг массы тела, но не более 75 г, растворяют в 250 мл воды.

54. Какой сахарный диабет связан с генетическими дефектами бета-клеточной функции?

А) MODY;

Б) резистентность к инсулину типа А;

В) синдром Донохью;

Г) липоатрофический диабет.

55. К сахарному диабету, который связан с болезнями экзокринной части поджелудочной железы, относят все изложенное, кроме:

А) панкреатит;

Б) муковисцидоз;

В) гемохроматоз;

Г) соматостотинома.

56. Сахарный диабет может быть индуцирован лекарственными средствами и химикатами, всеми указанными, кроме:

А) никотиновая кислота;

Б) глюкокортикоиды;

В) тиреоидные гормоны;

Г) аскорбиновая кислота.

57. К генетическим синдромам, которые сочетаются с сахарным диабетом, относят все указанные, кроме:

А) синдром Дауна;

Б) синдром Рассела-Сильвера;

В) синдром Клайнфельтера;

Г) синдром Шерешевского-Тернера.

58. Какой сахарный диабет доминирует у детей?

А) аутоиммунный;

Б) идиопатический;

В) сахарный диабет 2-го типа;

Г) диабет на фоне генетических дефектов бета- клеточной функции.

59. С каким (и) заболеваниями чаще всего ассоциируется сахарный диабет 1 типа?

А) с генетическими;

Б) с аутоиммунными;

В) с ожирением;

Г) с болезнями экзокринной части поджелудочной железы.

60. Для какого сахарного диабета характерна деструкция бета-клеток, что обычно приводит к абсолютной инсулиновой недостаточности?

А) сахарный диабет 1 типа;

Б) сахарный диабет 2 типа;

В) гестационный сахарный диабет;

Г) MODY диабет.

61. В каком возрасте может манифестировать аутоиммунный сахарный диабет?

А) в детском возрасте;

Б) в юношеском;

В) в пожилом;

Г) в любом возрасте.

62. Как называется сахарный диабет, который характеризуется относительной инсулиновой недостаточностью с нарушением, как секреции, так и действия инсулина: от преобладающей инсулинорезистентности с относительной инсулиновой недостаточностью до преимущественного секреторного дефекта в сочетании или без сочетания с инсулинорезистентностью?

А) аутоиммунный;

Б) идиопатический;

В) сахарный диабет 2 типа;

Г) гестационный сахарный диабет.

63. К генетическим синдромам, которые сочетаются с сахарным диабетом, относят все указанные, кроме:

А) синдром Ларона;

Б) синдром Вольфрама;

В) атаксия Фридрейха;

Г) хорея Гентингтона

64. Как называется сахарный диабет, который возникает у лиц, не относящихся

к европеоидной расе, с деструкцией бета-клеток, склонностью к кетозу,

но с неизвестным патогенезом?

А) аутоиммунный;

Б) идиопатический;

В) сахарный диабет 2 типа;

Г) MODY диабет

65. Уточнить риск развития сахарного диабета 1-го типа у ближайших родственников помогают иммунологические исследования (определение антител), к которым относят все указанные, кроме:

А) ICA;

Б) IAA;

В) GADA;

Г) антитела к глиадину.

66. К лабораторной диагностике сахарного диабета относят все изложенное, кроме:

А) исследование глюкозы крови;

Б) исследование кетоновых тел в моче;

В) исследование гликированного гемоглобина.

Г) исследование холестерина.

67. Укажите нормальный уровень глюкозы крови натощак в цельной капиллярной крови у новорожденных детей?

А) 1,6-4,0 ммоль/л;

Б) 2,78-4,4 ммоль/л;

В) 3,3-5,0 ммоль/л;

Г) 3,3-5,5 ммоль/л.

68. Укажите нормальный уровень глюкозы крови натощак в цельной капиллярной крови у детей раннего возраста?

А) 1,6-4,0 ммоль/л;

Б) 2,78-4,4 ммоль/л;

В) 3,3-5,0 ммоль/л;

Г) 3,3-5,5 ммоль/л.

69. Какой нормальный уровень гликированного гемоглобина А1с?

А) 4-6%;

Б) 7-8%;

В) 9-12%;

Г) 13-15%.

70. Какой нормальный базальный уровень С-пептида в сыворотке крови у здоровых детей?

А) до 0,28 пг/мл;

Б) 0,28-1,32 пг/мл;

В) 1,5-2,0 пг/мл;

Г) 2-3 пг/мл.

71. Как изменяется базальный уровень С-пептида в сыворотке крови при сахарном диабете 1 типа?

А) снижен или не определяется;

Б) нормальный;

В) повышен;

Г) может, как снижаться, так и повышаться.

72. К основным эффектам инсулина относят все указанное, кроме:

А) активация транспорта глюкозы из крови внутрь клетки;

Б) активация фермента гексокеназы, которая обеспечивает преобразование глюкозы в глюкозо-6-бифосфат;

В) активация липолиза;

Г) торможение глюконеогенеза (образование глюкозы из белков и жиров) и кетогенеза.

73. Сахарный диабет 1 типа проходит все стадии развития, кроме:

А) длительно текущий хронический лимфоцитарный (аутоиммунный) инсулит приводит к снижению секреции инсулина в ответ на введение глюкозы, при этом уровень гликемии остается нормальным;

Б) после гибели 80-90% бета-клеток развивается клиническая манифестация, но при этом еще сохраняется остаточная инсулиновая секреция;

В) выздоровление при раннем начале лечения;

Г) полная деструкция бета-клеток.

74. К инсулинозависимым тканям и органам относят все указанные, кроме:

А) жировая ткань;

Б) скелетная мускулатура;

В) почки;

Г) печень.

75. К инсулинонезависимым тканям и органам относят все указанные, кроме:

А) печень;

Б) головной мозг;

В) шванновские клетки периферических нервов;

Г) почки

76. К клиническим проявлениям сахарного диабета относят все изложенные, кроме:

А) повышение массы тела;

Б) полиурия;

В) полидипсия;

Г) сухость во рту

77. Когда в моче появляется глюкоза?

А) когда глюкоза крови превышает 3,5 ммоль/л;

Б) когда глюкоза крови превышает 5,5 ммоль/л;

В) когда глюкоза крови превышает 7,8 ммоль/л;

Г) когда глюкоза крови превышает 8,8 ммоль/л

78. Признаками наступающего коматозного состояния при диабетическом кетоацидозе является все, кроме:

А) анорексия;

Б) тошнота;

В) рвота;

Г) возбуждение.

79. Целью лечения детей с сахарным диабетом 1 типа является все изложенное, кроме:

А) постоянный врачебный контроль и обязательные ежегодные госпитализации;

Б) достижение максимально близкого к нормальному состоянию уровня углеводного обмена;

В) нормальное физическое, соматическое и психосоциальное развитие ребенка;

Г) профилактика специфических осложнений сахарного диабета.

80. Какую секрецию имитируют инсулины средней продолжительности и длительного действия?

А) пищевую;

Б) базальную (фоновую);

В) обе секреции;

Г) ни одну из указанных секреций.

81. К инсулинам ультракороткого действия относят все указанные, кроме:

А) Хумулин регуляр;

Б) Лизпро (Хумалог);

В) Аспарт (Новорапид);

Г) Глулизин (Апидра).

82. Укажите начало действия ультракоротких инсулинов:

А) через 10-15 мин;

Б) через 30 мин;

В) через 1 час;

Г) через 2 часа.

83. К инсулинам средней продолжительности действия относят все указанные, кроме:

А) Хумулин НПХ;

Б) Протофан НМ;

В) Гларгин (Лантус);

Г) Инсуман базал.

84. Какой инсулин относят к инсулинам длительного (24 часового) действия?

А) Детемир (Левемир);

Б) Гларгин (Лантус);

В) Хумулин НПХ;

Г) Протофан НМ.

85. Укажите начало действия инсулина длительного действия Гларгина (Лантуса):

А) через 10-15 мин;

Б) через 30 мин;

В) через 1 час;

Г) через 2 часа.

86. Укажите время действия коротких инсулинов:

А) до 3 часов;

Б) до 6 часов;

В) до 20 часов;

Г) до 24 часов.

87. Укажите время действия инсулина длительного действия (Гларгин/Лантус):

А) до 3 часов;

Б) до 6 часов;

В) до 20 часов;

Г) до 24 часов.

88. Сколько единиц инсулина в одном катридже, объемом 3 мл, для инсулиновой шприц-ручки?

А) 100 Ед;

Б) 200 Ед;

В) 300 Ед;

Г) 500 Ед.

89. Существуют ли возрастные ограничения для использования инсулиновых помп?

А) да, это дети до 1 года;

Б) да, это дети до 3 лет;

В) да, это пожилые люди;

Г) нет, не существует возрастных ограничение

90. Укажите, какая суточная потребность в инсулине при сахарном диабете 1 типа в «медовый месяц» (в период частичной ремиссии):

А) 0,1-0,2 ЕД/кг;

Б) 0,5-0,6 ЕД/кг;

В) 1 ЕД/кг;

Г) 1,5-2,0 ЕД/кг.

91. Укажите, какая суточная потребность в инсулине в период полового созревания, у подростков?

А) 0,1-0,2 ЕД/кг;

Б) 0,5-0,6 ЕД/кг;

В) 1 ЕД/кг;

Г) 1,5-2,0 ЕД/кг.

92. Начинают инсулинотерапию с введения инсулина короткого действия. Какая первая доза инсулина у школьников?

А) 0,5-1 ЕД;

Б) 2-4 ЕД;

В) 4-6 ЕД;

Г) 6-8 ЕД.

93. Сколько раз в сутки вводится инсулин ультракороткого и короткого действия

в плановом порядке?

А) 1 раз в сутки;

Б) 2 раза в сутки;

В) 3 раза в сутки, перед основными приемами пищи;

Г) 4-8 раз в сутки, каждые 3-6 часов.

94. Сколько раз в сутки вводится инсулин средней продолжительности действия?

А) 1 раз в сутки;

Б) 2 раза в сутки;

В) 3 раза в сутки, перед основными приемами пищи;

Г) 4-8 раз в сутки, каждые 3-6 часов.

95. Часто повторяющиеся или тяжелые гипогликемии приводят ко всем указанным изменениям ЦНС, кроме:

А) психологическая астенизация;

Б) снижение памяти;

В) вязкости или расторможенности в поведении;

Г) параличи.

96. К нейрогликопеническим симптомам гипогликемии относят все указанное, кроме:

А) сонливость, загруженность;

Б) раздражительность, неадекватное поведение;

В) мышечная гипотония;

Г) ночные кошмары.

97. К адренергическим или неврологическим симптомам гипогликемии относят все указанное, кроме:

А) сухость кожи;

Б) тремор;

В) бледность кожи;

Г) тахикардия.

98. Проявлениями гипогликемии у маленьких детей является все указанное, кроме:

А) беспричинные капризы;

Б) отказ от еды;

В) выраженная сонливость;

Г) благоприятное течение.

99. Лечение легкой гипогликемии включает в себя прием всего указанного, кроме:

А) таблеток глюкозы;

Б) печенья;

В) сока;

Г) леденцов.

100. Лечение гипогликемии у детей, когда сознание у пациента спутанно, включает все изложенное, кроме:

А) накормить дополнительными углеводами;

Б) за щеку положить кусок сахара или глюкозы;

В) внутримышечно ввести 0,5 мл глюкагона в возрасте до 12 лет и 1 мл старше 12 лет;

Г) внутривенно струйно ввести 20-80 мл 10% раствор глюкозы (1мл/кг, может потребоваться дополнительное капельное введение 1,2-3 мл/кг/час);

**Вариант№5**

1. Липодистрофии в местах введения инсулина проявляются в виде (продолжите предложение):

А) гипертрофической формы;

Б) атрофической формы;

В) и той и другой формы;

Г) ни той, ни другой формы.

2. Как часто необходимо исследовать глюкозу крови детям с сахарным диабетом 1 типа, находящимся на интенсивной инсулинотерапии?

А) один раз в сутки;

Б) 3 раза в сутки;

В) 4-6 раз в сутки;

Г) 7-8 раз в сутки.

3. В питании детей с сахарным диабетом 1 типа следует учитывать все указанные принципы, кроме:

А) соотношение белков, жиров и углеводов должно быть сдвинуто в сторону приема жиров и белков;

Б) поддержание равновесия между сахароповышающим эффектом пищи и сахароснижающим действием инсулина;

В) поддержание гликемии близко к физиологическим уровням, предотвращение гипо- и гипергликемий;

Г) учитывать не только количество углеводов, но и вид углеводов (гликемический индекс).

4. За стандарт 1 ХЕ (хлебной единицы) принято считать (продолжите предложение):

А) 10-12 г углеводов;

Б) 15-20 г углеводов;

В) 25-30 г углеводов;

Г) 35-40 г углеводов.

5. В каком из указанных продуктов содержится 1 ХЕ?

А) 1 столовая ложка гороха;

Б) 1 банан;

В) 1 кусок дыни;

Г) 1 стакан фруктового сока.

6. К продуктам, которые повышают сахар крови, относят все указанные, кроме:

А) зерновые продукты;

Б) картофель, кукуруза;

В) молоко и молочные продукты;

Г) зелень.

7. Больше какого количества хлебных единиц (ХЕ) не рекомендуется съедать за один основной прием пищи?

А) 2-3 ХЕ;

Б) 4-8 ХЕ;

В) 10-12 ХЕ;

Г) 13-15 ХЕ.

8. У какого продукта очень высокий гликемический индекс?

А) фруктоза;

Б) молоко;

В) бананы;

Г) картофельное пюре.

9. У какого продукта очень высокий гликемический индекс?

А) орехи;

Б) мед;

В) йогурт;

Г) вареный картофель.

10. У какого продукта самый низкий гликемический индекс?

А) кока-кола;

Б) соевые бобы;

В) крекеры;

Г) кефир.

11. Какой продукт очень быстро повышает сахар крови?

А) кока-кола;

Б) кукурузные хлопья;

В) картофель-фри с майонезом;

Г) хлеб грубого помола с маслом.

12. Какой продукт медленно повышает сахар крови?

А) тосты;

Б) картофель-фри с майонезом;

В) кукурузные хлопья;

Г) булки.

13. При сахарном диабете 1 типа у детей физические нагрузки необходимы для всего перечисленного, кроме:

А) улучшения физического развития;

Б) улучшение углеводного обмена;

В) снижение частоты контроля уровня гликемии;

Г) тренировки сердечно-сосудистой системы.

14. При сахарном диабете 1 типа у детей физические нагрузки необходимы для всего перечисленного, кроме:

А) улучшения физического развития;

Б) улучшение углеводного обмена;

В) снижение частоты контроля уровня гликемии;

Г) тренировки сердечно-сосудистой системы.

15. Критериями компенсации сахарного диабета 1 типа у детей в возрасте 6-12 лет является все указанное, кроме:

А) перед едой 5-8 ммоль/л;

Б) после еды 6-11 ммоль/л;

В) перед сном 5,5-10 ммоль/л;

Г) гликированный гемоглобин А1с - 10 ммоль/л.

16. Тяжесть состояние при диабетическом кетоацидозе у детей обусловлена всеми указанными факторами, кроме:

А) резкой дегидратацией;

Б) декомпенсированным метаболическим ацидозом;

В) лактоацидозом;

Г) выраженным дефицитом электролитов.

17. К клиническим проявлениям диабетического кетоацидоза относят все изложенное, кроме:

А) нарушение зрения;

Б) нарастающая слабость;

В) повышенный аппетит;

Г) головная боль.

18. К клиническим проявления диабетического кетоацидоза относят все изложенное, кроме:

А) резко снижен тургор тканей;

Б) запавшие глазные яблоки;

В) западение родничка у маленьких детей;

Г) повышение мышечного тонуса.

19. К клиническим проявлениям диабетического кетоацидоза относят все изложенное, кроме:

А) тахикардия;

Б) пульс слабого наполнения и напряжения;

В) повышение артериального давления;

Г) увеличение печени.

20. К клиническим проявлениям тяжелого диабетического кетоацидоза относят все изложенное, кроме:

А) рН крови ниже 7,2;

Б) редкое, глубокое, шумное дыхание;

В) судороги в мышцах живота и голеней;

Г) тризм.

21. Кома это (продолжите предложение):

А) апатия, сонливость;

Б) состояние резкой оглушенности, из которой больной может быть выведен

только с помощью сильных повторных раздражителей;

В) состояние, при котором больного невозможно разбудить, полностью отсутствуют реакции на внешние и внутренние раздражители;

Г) отсутствие реакции зрачков на свет.

22. К основным принципам лечения диабетического кетоацидоза относя все изложенное, кроме:

А) дегидратация;

Б) введение инсулина;

В) ликвидация электролитных нарушений;

Г) борьба с ацидозом.

23. Какая начальная доза инсулина при диабетическом кетоацидозе у маленьких детей?

А) 0,05 ЕД/кг в час;

Б) 0,1 ЕД/кг в час;

В) 0,2 ЕД/кг в час;

Г) 0,3 ЕД/кг в час.

24. Какая начальная доза инсулина при диабетическом кетоацидозе при тяжелой сопутствующей гнойной инфекции?

А) 0,05 ЕД/кг в час;

Б) 0,1 ЕД/кг в час;

В) 0,2 ЕД/кг в час;

Г) 0,3 ЕД/кг в час.

25. Какое должно быть снижение гликемии в первые часы лечения диабетического кетоацидоза?

А) 1-2 ммоль/л в час;

Б) 4-5 ммоль/л в час;

В) 6-7 ммоль/л в час;

Г) 8-10 ммоль/л в час.

26. Каким раствором проводят инфузионную терапию пациентам с диабетическим кетоацидозом, если на фоне инсулинотерапии глюкоза крови снизилась до 12-15 ммоль/л?

А) 0,9% раствором натрия хлорида;

Б) раствором Рингера;

В) 5% раствором глюкозы (декстрозы);

Г) 4-5% раствором альбумина.

27. На сколько процентов увеличивают дозу инсулина, если при лечении диабетического кетоацидоза происходит нарастание гликемии выше 15 ммоль/л?

А) на 25%;

Б) на 50%;

В) на 75%;

Г) на 100%.

28. Ниже какой дозы нельзя снижать инсулин при лечении диабетического кетоацидоза?

А) 0,05 ЕД/кг в час;

Б) 0,1 ЕД/кг в час;

В) 0,2 ЕД/кг в час;

Г) 0,3 ЕД/кг в час.

29. Когда рекомендуется восполнять запасы калия при диабетическом кетоацидозе?

А) до начала инфузионной терапии;

Б) с началом инфузионной терапии;

В) через 1 час от начала инфузионной терапии;

Г) через 2 часа от начала инфузионной терапии.

30. Из какого расчета на фактическую массу вводят бикарбонаты (4% раствор гидрокарбоната натрия) при рН ниже 7,0 у пациентов с диабетическим кетоацидозом?

А) 1 мл/кг;

Б) 1,5 мл/кг;

В) 2 мл/кг;

Г) 2,5 мл/кг.

Ответ: Г

31. Как часто необходимо контролировать содержание глюкозы, электролитов, мочевины, газовый состав в венозной крови у пациента с диабетическим кетоацидозом?

А) каждый час;

Б) каждые 2-4 часа;

В) каждые 6 часов;

Г) каждые 8 часов

32. Какой показатель глюкозы в крови является у недоношенных новорожденных гипогликемическим?

А) менее 1,1 ммоль/л;

Б) менее 1,7 ммоль/л;

В) менее 2,8 ммоль/л;

Г) менее 3,5 ммоль/л.

33. Одной из важнейших причин гипогликемии в подростковом возрасте может быть (продолжите предложение):

А) недостаточный прием углеводов;

Б) передозировка инсулина;

В) прием алкогольных напитков;

Г) избыточная физическая нагрузк

34. Что не характерно для гипогликемической комы?

А) внезапная скорость развития;

Б) жажда и полиурия отсутствуют;

В) сухая кожа;

Г) судороги.

35. Какое лечение гипогликемии I-II степени?

А) немедленный прием легкоусвояемых углеводов

(5-15г глюкозы или сахара, или 100 мл сладкого напитка, сока или колы);

Б) ГлюкаГен или Гипокит 0,5-1 мг внутримышечно или подкожно;

В) внутривенно струйно 10-40% раствора глюкозы;

Г) дексаметазон 0,5 мг/кг

36. С помощью каких легкоусвояемых углеводов может быть эффективна попытка купировать тяжелую гипогликемию пока не подоспеет квалифицированная медицинская помощь при условии, если у пациента сохраняется глотательный рефлекс и отсутствует рвота?

А) с помощью конфеты, куска сахара;

Б) с помощью сока, сладкого напитка;

В) с помощью меда, сиропа;

Г) с помощью картофельного пюре.

37. К диабетической ретинопатии относятся все указанные характеристики, кроме:

А) это острое осложнение сахарного диабета;

Б) занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к снижению зрения и слепоте у лиц молодого возраста;

В) представляет специфическое поражение сетчатой оболочки и сосудов сетчатки;

Г) характеризуется развитием экссудативных очагов, ретинальных и преретинальных кровоизлияний роста новообразованных сосудов, тракционной отслойки сетчатки, рубеозной глаукомы.

38. К офтальмоскопическим проявлениям диабетической ретинопатии относят все указанное, кроме:

А) твердые и мягкие, ватообразные экссудативные очаги на глазном дне;

Б) новообразованные сосуды сетчатки;

В) отек сетчатки;

Г) изменения на глазном дне редко выявляют у молодых пациентов при большом стаже сахарного диабета.

39. Какие изменения на глазном дне относят к II стадии диабетической ретинопатии (препролиферативная ретинопатия)?

А) сужение и расширение сосудов сетчатки;

Б) единичные микроаневризмы, точечные кровоизлияния, твердые экссудаты в парамакулярной зоне;

В) множественные экссудаты и крупные ретинальные геморрагии, венозные аномалии;

Г) ретинальные, преретинальные кровоизлияния и кровоизлияния в стекловидное тело, рост новообразованных сосудов в области диска зрительного нерва, разрастание фиброзной ткани в зонах преретинальных кровоизлияний, тракционная отслойка сетчатки, рубеоз (разрастание новообразованных сосудов в радужной оболочке) и углу передней камеры, развитие вторичной глаукомы и резкой потери зрения.

40. К вариантам автономной невропатии относится все изложенное, кроме:

А) кардиопатия (ортостатическая гипотония, тахикардия, кардиалгии);

Б) энцефалопатия (снижение памяти, эмоциональная лабильность);

В) гастропатия (гастропарез, атония толстой кишки);

Г) атония мочевого пузыря (недержание мочи, снижение чувства наполнения).

Ответ: Б

41. Как называется осложнение при сахарном диабете 1 типа, которое сопровождается поражением опорно-двигательного аппарата?

А) артроз;

Б) артрит;

В) остеопороз;

Г) хайропатия.

42. Для осложнения сахарного диабета 1 типа, хайропатии, характерно все указанное, кроме:

А) ведущее значение в развитии осложнения играет длительная гипергликемия;

Б) выявляют ограничение подвижности метакарпально-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пяти пальцев кистей рук;

В) процесс носит односторонний характер;

Г) выраженные контрактуры затрудняют проведение тонких ручных манипуляций.

43. Что характерно для II степени (умеренной) хайропатии?

А) нарушение объема движений в одном или двух проксимальных межфаланговых, одном больше суставе или только двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых суставов;

Б) нарушение объема движений в трех и более проксимальных межфаланговых суставах или двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых и какого-нибудь большого сустава;

В) явная деформация кисти или сочетание ограниченной подвижности суставов кистей рук с поражением шейного отдела позвоночника.

44. К профилактике и лечению ограниченной подвижности суставов при сахарном диабете 1 типа относя все, кроме:

А) тщательный контроль метаболизма;

Б) лечебная физкультура;

В) физиотерапевтическое лечение;

Г) лечение глюкокортикоидами.

45. Как называется осложнение инсулинотерапии, при котором поражается кожа и подкожная клетчатка в местах введения инсулина?

А) некроз;

Б) пролежни;

В) липоидный некробиоз;

Г) липодистрофии.

46. Какая природа происхождения сахарного диабета 2 типа?

А) аутоиммунная;

Б) аутоиммунная + генетическая;

В) генетическая;

Г) генетическая + внешнесредовая

47. Какой препарат используют для лечения при сахарном диабете 2 типа в состоянии кетоацидоза у детей?

А) метформин;

Б) инсулин;

В) тиазолидиндионы;

Г) ингибиторы глюкозидазы.

48. Какая длительность применения экзогенного инсулина при сахарном диабете 2 типа у детей?

А) не более 1 месяца;

Б) не более 3 месяцев;

В) не более 6 месяцев;

Г) до возраста 18 лет.

49. Какое лечение при сахарном диабете 2 типа при низкой эффективности метформина (у пациентов с нормальной массой тела)?

А) добавление к метформину производных сульфонилмочевины;

Б) замена метформина на тиазолидиндионы;

В) замена метформина на ингибиторы глюкозидазы;

Г) замена метформина на инсулинотерапию.

50. К преимуществам лечения метформина у детей и подростков с сахарным диабетом 2 типа относят все изложенное, кроме:

А) препарат высокоэффективен у большей части пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением;

Б) назначается при неясности диагноза;

В) лечение может нормализовать репродуктивную функцию у девушек с синдромом поликистозных яичников;

Г) относится к таблетированным сахаропонижающим препаратам.

51. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

52. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

53. Какой подход к лечению MODY диабета в первые годы заболевания?

А) назначение только диеты;

Б) назначение пероральных сахароснижающих таблетированных препаратов + инсулина;

В) назначение инсулинотерапии;

Г) диета и /или назначение сахароснижающих таблетированных препаратов.

54. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) андростендион.

55. Какой белок, секретируемый жировой тканью, отражает массу жировой ткани и снижается при голодании?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

56. Какой протеин секретируется жировой тканью в наибольших количествах и снижается при ожирении и инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

57. Какой сигнальный полипептид, секретируемый жировой тканью, отражает связь диабета и ожирения за счет повышения инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

58. Экспрессия какого адипоцитокина, секретируемого жировой тканью, возрастает со степенью ожирения и имеет сходные с инсулином свойства?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

59. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) инсулин;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6

60. Какой фермент, вырабатываемый жировой тканью, превращает андростендион в эстрон?

А) ароматаза;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

61. Какой белок, секретируемый жировой тканью, угнетает сигнал инсулина?

А) ароматаза;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

62. Какой белок, секретируемый жировой тканью, может способствовать развитию системного воспаления и инсулинорезистентности?

А) ароматаза;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

63. В случае ожирения у одного из родителей какова вероятность ожирения у потомства?

А) в 10% случаев;

Б) в 40% случаев;

В) в 50% случаев;

Г) в 80% случаев.

64. Если ожирением страдают оба родителя, какова вероятность ожирения у потомства?

А) в 10% случаев;

Б) в 40% случаев;

В) в 50% случаев;

Г) в 80% случаев.

65. При отсутствии ожирения у родителей какова вероятность ожирения у потомства?

А) в 10% случаев;

Б) в 40% случаев;

В) в 50% случаев;

Г) в 80% случаев.

66. Как называется ожирение, связанное с наличием опухолей головного мозга, инсультом, травмой черепа?

А) конституционально-экзогенное;

Б) гипоталямическое;

В) моногенное;

Г) синдромальное.

67. Как называется ожирение, связанное с наличием опухолей головного мозга, инсультом, травмой черепа?

А) конституционально-экзогенное;

Б) гипоталямическое;

В) моногенное;

Г) синдромальное.

68. Как называется ожирение при синдромах Прадера-Вилли, хрупкой Х-хромосомы, Альстрема, Кохена, Дауна, псевдогипопаратирезе?

А) ятрогенное;

Б) гипоталямическое;

В) моногенное;

Г) синдромальное.

69. Какой индекс массы тела (ИМТ) характерен для ожирения II степени?

А) SDS ИМТ 2,0-2,5;

Б) SDS ИМТ 2,6-3,0;

В) SDS ИМТ 3,1-3,9;

Г) SDS ИМТ 4,0 и более.

70. Какой индекс массы тела (ИМТ) характерен для ожирения IV степени?

А) SDS ИМТ 2,0-2,5;

Б) SDS ИМТ 2,6-3,0;

В) SDS ИМТ 3,1-3,9;

Г) SDS ИМТ 4,0 и более.

71. Какой симптом (ы) свидетельствует о гипоталямической природе ожирения?

А) ожирение у родственников, рост ребенка с ожирением выше среднего или высокий, возникновение ожирения после 5-летнего возраста;

Б) утренние головные боли, рвота, нарушение зрения, чрезмерное мочеиспускания;

В) гиперфагия, пробуждение ночью для того, чтобы поесть, развитие ожирения до 5-летнего возраста, всегда тяжелая степень ожирения;

Г) небольшой рост или сниженная скорость роста у ребенка с ожирением.

72. Какой симптом (ы) свидетельствует о конституционально-экзогенной природе ожирения?

А) ожирение у родственников, рост ребенка с ожирением выше среднего или высокий, возникновение ожирения после 5-летнего возраста;

Б) утренние головные боли, рвота, нарушение зрения, чрезмерное мочеиспускания;

В) гиперфагия, пробуждение ночью для того, чтобы поесть, развитие ожирения до 5-летнего возраста, всегда тяжелая степень ожирения;

Г) небольшой рост или сниженная скорость роста у ребенка с ожирением.

73. О чем могут свидетельствовать рыжие волосы у ребенка с тяжелой формой ожирения, если рыжие волосы не характерны для других членов семьи?

А) о мутации в гене пропиомеланокортина;

Б) о инсулинрезистентности (высокий риск сахарного диабета 2 типа);

В) о синдроме Кушинга;

Г) о гипотиреозе.

74. О каком диагнозе может свидетельствовать сочетание ожирения с задержкой роста и снижением интеллекта?

А) о мутации в гене пропиомеланокортина;

Б) о инсулинрезистентности (высокий риск сахарного диабета 2 типа);

В) о синдроме Кушинга;

Г) о гипотиреозе.

75. Критериями дислипидемии у мальчика с ожирением в возрасте до 10 лет является все изложенное, кроме:

А) уровень холестерина более 5,2 ммоль/л;

Б) уровень триглицеридов более 1,3 ммоль/л;

В) уровень ЛПВП менее 0,9 ммоль/л;

Г) уровень ЛПНП менее 3,0 ммоль/л.

76. Критериями дислипидемии у девочки с ожирением в возрасте старше 10 лет является все изложенное, кроме:

А) уровень холестерина более 5,2 ммоль/л;

Б) уровень триглицеридов более 1,7 ммоль/л;

В) уровень ЛПВП менее 1,03 ммоль/л;

Г) уровень ЛПНП менее 3,0 ммоль/л.

77. Если у ребенка с ожирением подозрение на синдром Кушинга какой (какие) гормон(ы) крови необходимо исследовать?

А) ТТГ, свободный Т4;

Б) АКТГ, кортизол;

В) ИФР-1, стимуляционные пробы на выброс СТГ;

Г) пролактин.

78. Если у ребенка с ожирением подозрение на гипоталямический синдром, какой (какие) гормон(ы) крови необходимо исследовать?

А) ТТГ, свободный Т4;

Б) АКТГ, кортизол;

В) ИФР-1, стимуляционные пробы на выброс СТГ;

Г) пролактин.

79. Если подозрение на синдромальную форму ожирения (псевдогипопаратирез, дефицит проконвертазы типа 1, лептина), какие гормоны крови необходимо исследовать?

А) ЛГ, ФСГ, тестостерон, глобулин, связывающий половые гормоны, антимюллеров гормон;

Б) лептин, паратгормон, проинсулин;

В) альдостерон, активность ренина плазмы в крови, содержание метанефринов, норметанефринов в моче;

Г) кровь на кариотип, пролактин.

80. Если у мальчика с ожирением выявлена истинная гинекомастия, какие гормоны крови необходимо исследовать?

А) ЛГ, ФСГ, тестостерон, глобулин, связывающие половые гормоны, антимюллеров гормон;

Б) лептин, паратгормон, проинсулин;

В) альдостерон, активность ренина плазмы в крови, содержание метанефринов, норметанефринов в моче;

Г) кровь на кариотип, пролактин.

81. Для дефицита пропиомеланокортина характерно все, кроме:

А) ожирение тяжелой степени, гиперфагия;

Б) острая недостаточность надпочечников у новорожденного ребенка из-за дефицита АКТГ;

В) бледная кожа, рыжие волосы;

Г) эффективно лечение лептином.

82. Осложнениями и последствиями ожирения является все изложенное, кроме:

А) узловой зоб;

Б) нарушение углеводного обмена, инсулинорезистентность;

В) неалкогольная жировая болезнь печени;

Г) дислипидемия.

83. Осложнениями и последствиями ожирения является все изложенное, кроме:

А) ускоренное половое развитие и синдром гиперандрогении у девочек;

Б) синдром ночного апноэ;

В) гипопаратиреоз;

Г) желчнокаменная болезнь.

84. При сочетании сахарного диабета 2 типа и ожирения у детей старше 10 лет используют все изложенное, кроме:

А) уменьшение потребления продуктов с высоким содержанием глюкозы;

Б) ежедневные занятия физическими упражнениями продолжительностью не менее 60 минут;

В) биатрическая хирургия;

Г) метформин.

85. Какой (какие) гормон(ы) вырабатываются в клубочковой зоне коркового вещества надпочечников?

А) катехоламины (адреналин и норадреналин);

Б) минералкортикоид (альдостерон);

В) глюкокортикоид (кортизол);

Г) половые стероиды (тестостерон и эстрадиол).

86. Какой (какие) гормон (ы) вырабатываются в сетчатой зоне коркового вещества надпочечников?

А) катехоламины (адреналин и норадреналин);

Б) минералкортикоид (альдостерон);

В) глюкокортикоид (кортизол);

Г) половые стероиды (тестостерон и эстрадиол).

87. Какой (какие) гормон (ы) вырабатываются в мозговом веществе надпочечников?

А) катехоламины (адреналин и норадреналин);

Б) минералкортикоид (альдостерон);

В) глюкокортикоид (кортизол);

Г) половые стероиды (тестостерон и эстрадиол).

88. Какой (какие) гормон (ы) вырабатываются в пучковой зоне коркового вещества надпочечников?

А) катехоламины (адреналин и норадреналин);

Б) минералкортикоид (альдостерон);

В) глюкокортикоид (кортизол);

Г) половые стероиды (тестостерон и эстрадиол).

89. Какую роль в организме выполняют катехоламины (адреналин и норадреналин)?

А) активация глюконеогенеза и липолиза, усиление катаболизма белка, противовоспалительный и иммунодепрессивный эффекты;

Б) усиление реабсорбции натрия и воды в почках, увеличение объема циркулирующей крови и повышение АД, повышение уровня натрия и снижение уровня калия в крови;

В) участие в формировании вторичных половых признаков;

Г) стимуляция деятельности сердца, влияние на сосудистый тонус, расслабление, гладкой мускулатуры бронхов, снижение моторики ЖКТ, регуляция функции эндокринных желез, гипергликемический эффект, усиление липолиза и кетогенеза, торможение синтеза белка и нуклеиновых кислота.

90. Какую роль в организме выполняют минералкортикоиды (альдостерон)?

А) активация глюконеогенеза и липолиза, усиление катаболизма белка, противовоспалительный и иммунодепрессивный эффекты;

Б) усиление реабсорбции натрия и воды в почках, увеличение объема циркулирующей крови и повышение АД, повышение уровня натрия и снижение уровня калия в крови;

В) участие в формировании вторичных половых признаков;

Г) стимуляция деятельности сердца, влияние на сосудистый тонус, расслабление, гладкой мускулатуры бронхов, снижение моторики ЖКТ, регуляция функции эндокринных желез, гипергликемический эффект, усиление липолиза и кетогенеза, торможение синтеза белка и нуклеиновых кислот.

91. Какую роль в организме выполняют глюкокортикоиды?

А) активация глюконеогенеза и липолиза, усиление катаболизма белка, противовоспалительный и иммунодепрессивный эффекты;

Б) усиление реабсорбции натрия и воды в почках, увеличение объема циркулирующей крови и повышение АД, повышение уровня натрия и снижение уровня калия в крови;

В) участие в формировании вторичных половых признаков;

Г) стимуляция деятельности сердца, влияние на сосудистый тонус, расслабление гладкой мускулатуры бронхов, снижение моторики ЖКТ, регуляция функции эндокринных желез, гипергликемический эффект, усиление липолиза и кетогенеза, торможение синтеза белка и нуклеиновых кислот.

92. Какую роль в организме выполняют половые стероиды?

А) активация глюконеогенеза и липолиза, усиление катаболизма белка, противовоспалительный и иммунодепрессивный эффекты;

Б) усиление реабсорбции натрия и воды в почках, увеличение объема циркулирующей крови и повышение АД, повышение уровня натрия и снижение уровня калия в крови;

В) участвуют в формировании вторичных половых признаков;

Г) стимуляция деятельности сердца, влияние на сосудистый тонус, расслабление гладкой мускулатуры бронхов, снижение моторики ЖКТ, регуляция функции эндокринных желез, гипергликемический эффект, усиление липолиза и кетогенеза, торможение синтеза белка и нуклеиновых кислот.

93. В какие часы необходимо исследовать уровень кортизола и АКТГ при подозрении на гиперкортицизм?

А) в 8 час;

Б) в 8 час и 20 час;

В) в 8-9 час, натощак лежа (лежать не менее 2 часов до забора крови);

Г) в 20 час.

94. Укажите нормальные значения кортизола:

А) менее 50 нмоль/л;

Б) 50-83 нмоль/л;

В) 83-580 нмоль/л;

Г) 580-900 нмоль/л.

95. Укажите нормальные значения АКТГ:

А) менее 46 пг/мл;

Б) 46-100 пг/мл;

В) 100-150 пг/мл;

Г) 150-200 пг/мл.

96. В какие часы необходимо исследовать уровень альдостерона и активность ренина плазмы?

А) в 8 час;

Б) в 8 час и 20 час;

В) в 8-9 час, натощак лежа (лежать не менее 2 часов до забора крови);

Г) в 20 час.

97. Какие нормальные значения альдостерона в горизонтальном положении?

А) менее 15 пг/мл;

Б) 15-150 пг/мл;

В) 150-200 пг/мл;

Г) более 200 пг/мл.

98. Какие нормальные значения альдостерона в вертикальном положении?

А) менее 35 пг/мл;

Б) 35-350 пг/мл;

В) 350-500 пг/мл;

Г) более 500 пг/мл.

99. Какие нормальные значения активность ренина плазмы в горизонтальном положении?

А) менее 0,2 нг/(мл х ч);

Б) 0,2-1,9 нг/(мл х ч);

В) 1,9-5,0 нг/(мл х ч);

Г) более 5,0 нг/ (мл х ч).

100. Какие нормальные значения активность ренина плазмы в вертикальном положении?

А) менее 0,8 нг/(мл х ч);

Б) 0,8-5,0 нг/(мл х ч);

В) 5,0-10,0 нг/(мл х ч);

Г) более 10,0 нг/ (мл х ч).

**Вариант№6**

1. Укажите, дефицитом каких гормонов обусловлена первичная надпочечниковая недостаточность?

А) кортизола;

Б) АКТГ;

В) кортикотропин-релизинг-гормона;

Г) всех выше перечисленных гормонов.

2. Первичная надпочечниковая недостаточность является компонентом всех перечисленных заболеваний, кроме:

А) врожденная гипоплазия надпочечников, дефект гена DAX-1;

Б) врожденная гипоплазия надпочечников (IMAG-синдром);

В) синдром Олгроува (триплет А): ахалазия пищевода, алакримия – отсутствие слезной жидкости;

Г) пангипопитуитаризм.

3. Первичная надпочечниковая недостаточность является компонентом всех перечисленных заболеваний, кроме:

А) кровоизлияние в надпочечники;

Б) кровоизлияние в гипофиз;

В) инфекционное поражение надпочечников (туберкулез, септикопиемия);

Г) метастатическое и опухолевое поражение надпочечников (лимфома).

4. К клиническим проявлениям надпочечниковой недостаточности относится все, кроме:

А) повышение АД;

Б) постоянная слабость, обморочные состояния;

В) снижение аппетита;

Г) потеря массы тела.

5. К клиническим проявлениям надпочечниковой недостаточности относится все, кроме:

А) судорожный синдром;

Б) диарея на фоне заболеваний;

В) повышение аппетита;

Г) учащение пульса.

6. Для гиперпигментации при первичной надпочечниковой недостаточности характерно все указанное, кроме:

А) гиперпигментация имеет диффузный характер;

Б) гиперпигментация более выражена на открытых участках;

В) гиперпигментация более выражена в области естественных складок;

Г) гиперпигментация имеет очаговый характер.

Ответ: Г

7. Как изменяется уровень гормонов при первичной надпочечниковой недостаточности?

А) кортизол снижается, АКТГ повышается;

Б) кортизол повышается, АКТГ снижается;

В) кортизол снижается, АКТГ снижается;

Г) кортизол снижается, АКТГ не меняется.

8. Какой уровень базального кортизола, который определяют в 6-9 часов утра, служит критерием гипокортицизма?

А) менее 80 нмоль/л;

Б) 80-150 нмоль/л;

В) 150-500 нмоль/л;

Г) более 500 нмоль/л.

9. При каком уровне базального кортизола, который определяют в 6-9 часов утра, диагноз гипокортицизм считают «сомнительным»?

А) менее 80 нмоль/л;

Б) 80-150 нмоль/л;

В) 150-500 нмоль/л;

Г) более 500 нмоль/л.

10. При каком уровне базального кортизола, который определяют в 6-9 часов утра, диагноз гипокортицизм исключают?

А) менее 80 нмоль/л;

Б) 80-150 нмоль/л;

В) 150-500 нмоль/л;

Г) более 500 нмоль/л.

11. Для диагностики какого заболевания используют исследование антител к 21-гидроксилазе?

А) центрального гипокортицизма;

Б) аутоиммунного гипокортицизма;

В) Х-сцепленной адренолейкодистрофии;

Г) дефицита 21-гидроксилазы.

12. Для диагностики какого заболевания используют генетические исследования для выявления мутации в различных генах, ответственных за развитие надпочечниковой недостаточности?

А) врожденной гипоплазии надпочечников;

Б) Х-сцепленной адренолейкодистрофии;

В) дефицита 21-гидроксилазы;

Г) всех выше указанных заболеваний.

13. В какой суточной дозе назначается гидрокортизон (Кортеф) для заместительной терапии хронической первичной недостаточности коры надпочечников?

А) 2-3 мг/м2;

Б) 5-6 мг/м2;

В) 8-10 мг/м2;

Г) 15-20 мг/м2.

14. Гидрокортизон — это препарат, который обладает (продолжите предложение):

А) глюкокортикоидным эффектом;

Б) минералокортикоидным эффектом;

В) глюкокортикоидным и минералокортикоидным эффектами;

Г) обладает действием подобным катехоламинам.

15. Преднизолон — это препарат, который обладает (продолжите предложение):

А) глюкокортикоидным эффектом;

Б) минералокортикоидным эффектом;

В) глюкокортикоидным и минералокортикоидным эффектами;

Г) обладает действием подобным катехоламинам.

16. На сколько приемов делится суточная доза преднизолона при лечении хронической первичной надпочечниковой недостаточности?

А) принимается однократно в вечерние часы;

Б) на 2 приема;

В) на 3 приема;

Г) на 4 приема.

17. Какой препарат используют для замещения минералкортикоидной недостаточности при лечении хронической первичной недостаточности коры надпочечников?

А) гидрокортизон;

Б) дексаметазон;

В) преднизолон;

Г) флудрокортизон.

18. На сколько приемов делится суточная доза флудрокортизона (Кортинеффа) при лечении хронической первичной надпочечниковой недостаточности?

А) на 1-2 приема;

Б) на 3 приема;

В) на 4 приема;

19. Какая доза гидрокортизона вводится внутривенно или внутримышечно при острой надпочечниковой недостаточности в первый час оказания экстренной помощи?

А) 2-3 мг/м2;

Б) 8-10 мг/м2;

В) 100 мг/м2;

Г) 200-300 мг/м2.

20. Какая суточная доза гидрокортизона вводится внутривенно или внутримышечно при острой надпочечниковой недостаточности в течение первых суток, но после первого часа оказания экстренной помощи?

А) 2-3 мг/м2;

Б) 8-10 мг/м2;

В) 100 мг/м2;

Г) 200-300 мг/м2.

21. На сколько приемов делится суточная доза гирокортизона для парентерального введения в первые сутки лечения адреналового криза?

А) однократно болюсно;

Б) на 2 приема;

В) на 3 приема;

Г) на 4 приема.

22. 21-гидроксилаза – ключевой фермент синтеза (продолжите предложение):

А) глюкокортикоидов;

Б) минералокортикоидов;

В) глюкокортикоидов и минералокортикоидов;

Г) катехоламинов.

23. К клиническим проявлениям врожденной дисфункции коры надпочечников до внедрения неонатального скрининга при отсутствии лечения относят все изложенное, кроме:

А) после 1,5 лет появление аксиллярного и лобкового оволосения;

Б) гипертрофия мускулатуры;

В) огрубение голоса;

Г) отставание костного возраста от возраста паспортного

24. К клиническим проявлениям врожденной дисфункции коры надпочечников до внедрения неонатального скрининга при отсутствии лечения относят все изложенное, кроме:

А) увеличение размеров клитора у девочек;

Б) увеличение полового члена у мальчиков, появление эрекций;

В) ускорение костной дифференцировки влияет на прогноз роста – пациенты остаются низкорослыми;

Г) раннее наступление менструаций у девочек.

25. К клиническим проявлениям сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников относят все изложенное, кроме:

А) на 3-4 день после рождения развивается гиперкалиемия и гипонатриемия;

Б) на 2-4 неделе жизни развиваются обезвоживание (многократная рвота, потеря массы);

В) при отсутствии лечения наступает летальный исход;

Г) вирилизации наружных половых органов у девочек отсутствует.

26. Какое лечение при вирильной форме ВДКН у детей?

А) гидрокортизон (Кортеф);

Б) гидрокортизон (Кортеф) + флудрокортизон (Кортинефф);

В) преднизолон;

Г) флудрокортизон (Кортинеф).

27. Какое лечение при сольтеряющей форме ВДКН?

А) гидрокортизон (Кортеф);

Б) гидрокортизон (Кортеф) + флудрокортизон (Кортинефф);

В) преднизолон;

Г) флудрокортизон (Кортинеф).

28. Какая суточная доза гидрокортизона используется для лечения адреногенитального синдрома (ВДКН) в возрасте старше 1 года?

А) 0,25-0,35 мг/м2;

Б) 2-4 мг/м2;

В) 10-15 мг/м2;

Г) 20 мг/м2.

29. После закрытия зон роста у пациентов с врожденной дисфункции коры надпочечников возможен перевод на синтетические глюкокортикоиды – преднизолон.

Укажите лечебную суточную дозу преднизолона?

А) 0,25-0,35 мг/м2;

Б) 2-4 мг/м2;

В) 10-15 мг/м2;

Г) 20 мг/м2.

30. При сольтеряющей форме ВДКН к гидрокортизону дополнительно назначают минералкортикоид - флудрокортизон (Кортинефф).

Укажите лечебную суточную дозу флудрокортизона в грудном возрасте?

А) 0,05-0,15 мг/сут;

Б) 0,1-0,3 мг/сут;

В) 2-4 мг/м2;

Г) 20 мг/м2.

31. При сольтеряющей форме ВДКН к гидрокортизону дополнительно назначают минералкортикоид - флудрокортизон (Кортинефф).

Укажите лечебную суточную дозу флудрокортизона в возрасте старше года?

А) 0,05-0,15 мг/сут;

Б) 0,1-0,3 мг/сут;

В) 2-4 мг/м2;

Г) 20 мг/м2.

32. Что можно отнести к АКТГ-независимому гиперкортицизму?

А) болезнь Иценко-Кушинга;

Б) синдром эктопической секреции АКТГ;

В) синдром Иценко-Кушинга;

Г) все выше перечисленное.

33. Причинами синдрома Иценко-Кушинга может быть все перечисленное, кроме:

А) карцинома надпочечника;

Б) аденома гипофиза;

В) аденома надпочечника;

Г) первичная пигментированная нодулярная гиперплазия надпочечников.

Ответ: Б

34. К клиническим проявлениям болезни Иценко-Кушинга (АКТГ-зависимый вариант гиперкортицизма) относится все перечисленное, кроме:

А) ожирение с повышенным отложением жира в области лица и туловища при относительно худых конечностях;

Б) задержка роста;

В) ярко-красные стрии на животе, бедрах, ягодицах;

Г) отсутствие гиперпигментация кожных покровов.

35. Что характерно для синдрома Кушинга у детей?

А) ожирение с повышенным отложением жира в области лица и туловища при относительно худых конечностях + задержка роста;

Б) кушингоидное ожирение + нормальная скорость роста;

В) ожирение + стрии на животе, бедрах, ягодицах + высокорослость;

Г) абдоминальное (висцеральное) ожирение + гиперпигментация в подмышечных впадинах (черный акантоз) + высокорослость.

36. К часто встречающимся, но необязательным признакам гиперкортицизма у детей (при болезни или синдроме Иценко-Кушинга) относят все изложенное, кроме:

А) артериальная гипертензия;

Б) ярко-красные стрии на животе, бедрах, ягодицах;

В) гипертрихоз;

Г) ожирение с повышенным отложением жира в области лица и туловища при относительно худых конечностях + задержка роста.

37. С течением времени при болезни или синдроме Иценко-Кушинга развиваются все указанные нарушения, кроме:

А) нарушение толерантности к глюкозе;

Б) сахарный диабет;

В) остеопороз;

Г) гипотиреоз.

38. Что происходит с уровнем АКТГ в крови при синдроме Иценко-Кушинга?

А) остается нормальным;

Б) приближается к нулевым значениям;

В) значительно повышается;

Г) как повышается, так и снижается.

39. Что происходит с уровнем АКТГ в крови при АКТГ-независимом варианте гиперкортицизма?

А) остается нормальным;

Б) приближается к нулевым значениям;

В) значительно повышается;

Г) как повышается, так и снижается.

40. После лабораторной верификации синдрома Иценко-Кушинга необходима топическая диагностика, к которой относятся все указанные методы, кроме:

А) УЗИ надпочечников;

Б) КТ надпочечников;

В) МРТ надпочечников;

Г) МРТ гипофиз.

41. Прогноз для пациентов с гиперкортицизмом на фоне опухоли надпочечника зависит от всего, кроме:

А) вида опухоли;

Б) уровня кортизола в крови;

В) сроков диагностики;

Г) сроков оперативного лечения.

42. Какая (ие) наиболее частая (ые) причина (ны) низкорослости у детей (40% от всех причин задержки роста)?

А) семейная низкорослость и конституциональная задержка роста

Б) гипопитуитаризм (дефицит соматотропного гормона);

В) внутриутробная задержка роста;

Г) хронические соматические заболевания (ВПС, ХПН, целиакия).

43.Какая причина низкорослости у детей (занимает третье место от всех причин задержки роста - 8 %)?

А) семейная низкорослость и конституциональная задержка роста;

Б) гипопитуитаризм (дефицит соматотропного гормона);

В) внутриутробная задержка роста;

Г) хронические соматические заболевания (ВПС, ХПН, целиакия).

44.В классификацию причин низкорослости входит все, кроме:

А) резистентность к гормону роста;

Б) остеохондродисплазии (ахондроплазия, гипохондроплазия);

В) гипертиреоз;

Г) хромосомные нарушения (синдром Шерешевского-Тернера, Нунан, Дауна, Прадера-Вилли).

45. В классификацию причин низкорослости входит все, кроме:

А) семейная низкорослость;

Б) эндокринные заболевания (гипотиреоз, гипопаратиреоз, гиперкортицизм, преждевременное половое развитие);

В) недоедание;

Г) гиперинсулинизм.

46. Где вырабатывается ИФР-1?

А) в печени;

Б) в почках;

В) в костном мозге;

Г) в тонком кишечнике.

47. Какой гормон оказывает непосредственный ростостимулирующий эффект на рост и созревание костей, мышц, тканей и органов?

А) соматостатин;

Б) соматотропин-релизинг-гормон;

В) инсулиноподобный фактор роста -1;

Г) тиреоглобулин.

48.Какая патология гена характерна для синдрома де Морсье

А) POU1F1 (PIT1);

Б) PROP1;

В) HESX-1;

Г) LHX-1

49. Какие мутации приводят к гиперплазии аденогипофиза,

что ложно можно расценить как опухолевый процесс (краниофарингиому, аденому гипофиза)?

А) POU1F1 (PIT1);

Б) PROP1;

В) HESX-1;

Г) LHX-1.

50.Выявление гиперплазии аденогипофиза на МРТ головного мозга + СТГ-дефицита + дефицит пролактина + дефицит ТТГ является показанием (продолжите предложение):

А) к оперативному вмешательству;

Б) к молекулярной диагностике.

51. Пациенты с СТГ-дефицитом и с гиперплазией аденоги-пофиза на МРТ+мутацией гена PROP1 в последующем имеют (продолжите предложение):

А) озлокачествление аденогипофиза;

Б)инволюцию аденогипофиза вплоть до «пустого турецко-

го седла».

52. Нуждаются ли пациенты с СТГ-дефицитом и с гиперплазией аденогипофиза на МРТ +мутацией гена PROP1 в оперативном лечении на гипофизе?

А) нет, не нуждаются;

Б) да, нуждаются.

53. Для синдрома де Морсье характерно все, кроме:

А) гипоплазия зрительных нервов и хиазмы;

Б) агенезия/гипоплазия прозрачной перегородки и мозолистого тела;

В) нормальный уровень гормона роста;

Г) гипоплазия гипофиза и гипопитуитаризм.

54. Какая опухоль наиболее часто сопровождается недостаточностью гормона роста?

А) аденома гипофиза;

Б) герминома;

В) краниофарингиома;

Г) гемартрома

55. Облучение головного мозга, которое может вызывать

дефицит гормона роста, проводится при всех опухолях, кроме:

А) медуллобластома;

Б) ретинобластома;

В) острый лейкоз;

Г) аденома гипофиза

56. Какая доза облучения головного мозга в 100% случаев вызывает развитие соматотропной недостаточности?

А) 12 Гр;

Б) 18 Гр;

В) 28 Гр;

Г) 40 Гр.

57. К основным клиническим чертам соматотропной недостаточности относятся все, кроме:

А) размах рук равен росту;

Б) окружность головы соответствует росту;

В) постнатальное отставание в росте более чем на 2 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола;

Г) коэффициент "верхний сегмент/нижний сегмент" превышает нормальные значения.

58. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) выраженная низкорослость;

Б) гипергликемия натощак;

В) позднее закрытие большого родничка;

Г) недоразвитие эмали зубов.

59. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) "кукольное лицо";

Б) нависающий лоб;

В) раннее закрытие большого родничка;

Г) запавшая переносица.

60. Проявлениями гипогликемии у пациентов младшего возраста при врожденном дефиците гормона роста является все указанное, кроме:

А) плохой аппетит;

Б) повышенная потливость;

В) бледность;

Г) судорожный синдром.

61. Риск неонатальной гипогликемии при врожденном де-

фиците гормона роста выше в том случае, если есть сочетание с дефицитом (продолжите предложение):

А) тиреотропного гормона;

Б) адренокортикотропного гормона;

В) гонадотропного гормона;

Г) антидиуретического гормона.

62. Можно ли ориентироваться по уровню ТТГ для выявления вторичного гипотиреоза (центрального генеза)?

А) да, можно;

Б) нет, нельзя.

63. Какие значения свободного или общего Т4 в сыворотке крови при вторичном гипотиреозе (центрального генеза)?

А) высокие;

Б) нормальные;

В) низкие;

Г) могут быть все указанные значения.

64. Укажите, как при вторичном гипотиреозе (центрального генеза) меняется концентрация ТТГ?

А) снижается;

Б) остается нормальной;

В) несколько повышается;

Г) может быть любая концентрация.

65. Что происходит с концентрацией ТТГ на фоне заместительной терапии тиреоидными гормонами у пациентов с

вторичным гипотиреозом?

А) снижается;

Б) повышается;

В) не меняется;

Г) могут быть все указанные варианты.

66. Из всех гипофизарных недостаточностей самой опасной является вторичный гипокортицизм по ряду причин,

кроме:

А) в обычном состоянии симптоматика либо отсутствует или имеет минимальные проявления;

Б) нет методов диагностики;

В) в стрессовых ситуациях может развиться криз острой надпочечниковой недостаточности;

Г) при отсутствии адекватной терапии криз острой надпочечниковой недостаточности может приводить к летальному исходу.

67. Диагноз вторичного гипокортицизма устанавливается

лабораторно путем определения исходного и стимулированного (через 60 мин) уровня кортизола в ходе инсулинотолерантного теста.

Укажите нормальный выброс кортизола при достижении адекватной гипогликемии (менее 3 ммоль/л):

А) 150-249 нмоль/л;

Б) 250-499 нмоль/л;

В) 500-540 нмоль/л;

Г) более 540 нмоль/л.

68. Требует ли лечение дефицит пролактина у детей с соматотропной недостаточностью?

А) да, требует;

Б) нет, не требует.

69. Критериями несахарного диабета у пациентов с соматотропной недостаточностью является все, кроме:

А) полиурия (суточный диурез 2-20 литров);

Б) удельный вес мочи менее 1005;

В) низкий уровень натрия в плазме;

Г) осмолярность мочи ниже 200 мосм/л.

70. Для исследования стимулированной секреции гормона

роста используют все препараты, кроме:

А) клонидин (клофелин);

Б) левотироксин;

В) леводопа;

Г) инсулин короткого действия.

71. Для исследования стимулированной секреции гормона

роста используют все препараты, кроме:

А) глюкагон;

Б) аргинин;

В) ГР-релизинг гормон;

Г) инсулин длительного действия.

72. Укажите концентрацию гормона роста в крови после проведения СТГ-стимулирующих тестов, которая позволяет поставить диагноз: парциальный дефицит гормона роста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

73. Укажите концентрацию гормона роста в крови после проведения СТГ-стимулирующих тестов, которая позволяет поставить диагноз: тотальный дефицит гормона роста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

74. Диагноз дефицита гормона роста основывается на всем указанном, кроме:

А) на антропометрии (рост пациента более чем на 2 SDS ниже, а скорость роста более чем на 1 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пол);

Б) низкой концентрации соматотропного гормона (менее 10 нг/мл) в двух стимулирующих тестах;

В) на исследовании головного мозга с помощью магнитно-резонансной томографии

(наличие опухолей гипофиза, «пустого турецкого седла»);

Г) на семейном анамнезе (низкорослые родители).

75. Диагноз дефицита гормона роста основывается на всем указанном, кроме:

А) на основании антропометрии (рост пациента более чем на 2 SDS ниже, а скорость роста более чем на 1 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола);

Б) на основании исследовании ИФР-1 и ИФР-1СБ3;

В) на основании семейного анамнеза (низкорослые родители);

Г) на основании исследования кариотипа у девочек

76. Если при первом СТГ-стимулирующем тесте у пациента с подозрением на дефицит гормона роста концентрация гормона роста составила более 10 нг/мл, необходимо ли проводить второй тест со стимуляцией СТГ?

А) да, необходимо;

Б) нет, нет необходимости.

77. Если при первом СТГ-стимулирующем тесте у пациента с подозрением на дефицит гормона роста концентрация гормона роста составила 7-10 нг/мл, необходимо ли проводить второй тест со стимуляцией СТГ?

А) да, необходимо;

Б) нет, нет необходимости.

78. Если при первом СТГ-стимулирующем тесте у пациента с подозрением на дефицит гормона роста концентрация гормона роста составила менее 7 нг/мл, необходимо ли проводить второй тест со стимуляцией СТГ?

А) да, необходимо;

Б) нет, нет необходимости.

79. Когда подтверждают СТГ дефицит?

А) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация

гормона роста ниже 10 нг/мл;

Б) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста ниже 10 нг/мл;

В) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация

гормона роста выше 10 нг/мл;

Г) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста выше 10 нг/мл.

80. Когда исключают СТГ дефицит?

А) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация

гормона роста ниже 10 нг/мл;

Б) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста ниже 10 нг/мл;

В) если в двух СТГ-стимулирующих тестах концентрация гормона роста выше 10 нг/мл;

Г) если в первом СТГ-стимулирующем тесте концентрация гормона роста выше10 нг/мл.

81. СТГ-дефицит ассоциирован со всеми указанными изменениями на МРТ, кроме:

А) синдром пустого турецкого седла;

Б) опухоль коры головного мозга;

В) гипоплазия/аплазия зрительной хиазмы;

Г) гипоплазия/аплазия прозрачной перегородки.

82. СТГ-дефицит ассоциирован со всеми указанными изменениями на МРТ, кроме:

А) киста кармана Ратке;

Б) аномалия Арнольда-Киари;

В) опухоль мозжечка;

Г) краниофарингиома.

83. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерен ниже указанный кариотип, кроме:

А) 47ХХУ;

Б) 45ХО;

В) 45Х/46ХХ;

Г) 45Х/46Х, I(Хq).

84. При синдроме Шерешевского-Тернера возможны различные варианты мозаицизма, кроме:

А) 45Х/46Хdel (X);

Б) 47ХХУ;

В) 45Х/46ХУ;

Г) 45Х/46ХХ.

85. Фенотипическими проявлениями синдрома Шерешевского-Тернера является все перечисленное, кроме:

А) бочкообразная грудная клетка;

Б) широко расставленные втянутые соски;

В) микрогнатия, готическое небо, нарушение прикуса;

Г) пятна типа "кофе с молоком".

86. К сопутствующей патологии при синдроме Шерешевского-Тернера относится все указанное, кроме:

А) коарктация аорты, аневризма аорты;

Б) стеноз легочной артерии;

В) подковообразная почка;

Г) недоразвитие матки и отсутствие яичников на УЗИ.

87. Для низкорослых детей с задержкой внутриутробного развития в анамнезе характерны следующие особенности,

кроме:

А) ожирение;

Б) ускоренные темпы костного созревания при хронологическом возрасте 8-10 лет;

В) более быстрое начало пубертата (в среднем на 1 год

раньше);

Г) гиперактивность

88.Какой конечный рост следует ожидать у детей со ЗВУР?

А) 130-140см у женщин и 145-150см у мужчин;

Б) 145-150см у женщин и 155-160см у мужчин;

В) 155-160см у женщин и 165-170см у мужчин;

Г) 165см у женщин и 175 и более см у мужчин.

89. Взрослые пациенты со ЗВУР имеют больший риск развития всех перечисленных заболеваний, кроме:

А) артериальная гипертензия;

Б) ишемическая болезнь сердца;

В) метаболический синдром;

Г) гипогонадизм.

90. Характерными особенностями ахондроплазии является все перечисленное, кроме:

А) средний рост мужчин 130 см, женщин 125 см;

Б) диспропорциональное телосложение: укорочение конечностей;

В) нависающий лоб, седловидный нос;

Г) крыловидные складки шеи.

91. Характерными особенностями гипохондроплазии явля-

ется все перечисленное, кроме:

А) диспропорциональное телосложение, проявляющееся в

пубертате;

Б) низкорослость;

В) поясничный лордоз;

Г) отставание в половом развитии.

92. Ахондроплазия это заболевание (продолжите предложение):

А) аутосомнно-рецессивное;

Б) аутосомно-доминантное;

В) спорадическое;

Г) аутосомно-доминантное и спорадическое.

93. Характерными особенностями гипохондроплазии является все перечисленное, кроме:

А) задержка роста, проявляющаяся до 3-4-х лет;

Б) конечный рост 130-150 см;

В) половое развитие не нарушено;

Г) отсутствие увеличения расстояния между отростками позвонков в поясничном отделе позвоночника L1-Lv, сужение расстояния между корнями дужек поясничных позвонков в каудальном направлении.

94. О чем свидетельствуют нормальные или высокие уровни СТГ и сниженные концентрации ИФР-1 у ребенка с выраженной низкорослостью?

А) о низкорослости в следствие ЗВУР;

Б) о низкорослости на фоне остеохондродисплазии;

В) о низкорослости на фоне синдрома Шерешевского-Тернера;

Г) о низкорослости на фоне синдрома Ларона.

95. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) относится все изложенное, кроме:

А) дефицит роста при рождении (рост 38-48 см при доношенной беременности);

Б) стеноз аорты;

В) катаракта;

Г) высокий уровень ИФР-1.

96. К проявлениям синдрома Ларона относится все изложенное, кроме:

А) высокий рост;

Б) нистагм;

В) укорочение фаланг пальцев, маленькие кисти и стопы;

Г) запавшая переносица, выступающий лоб, недоразвитие

нижней челюсти.

97. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) относится все изложенное, кроме:

А) преждевременное половое развитие;

Б) множественный кариес зубов;

В) истончение волос, медленный рост ногтей;

Г) конечный рост у мужчин - 119-142 см, у женщин - 108-136 см.

98. Укажите, есть ли эффект от лечения гормоном роста

при синдроме Ларона:

А) да, есть;

Б) нет, отсутствует.

99. Противопоказанием для лечения гормоном роста является все, кроме:

А) закрытые зоны роста;

Б) активные злокачественные новообразования или прогрессирующий рос интракраниальных опухолей;

В) концентрация базального и стимулированного СТГменее 7 нг/мл;

Г) гиперчувствительность к составляющим препарата соматотропина или растворителя.

100. Укажите стандартную заместительную дозу соматотро-пина, используемую у детей с соматотропной недостаточностью:

А) менее 0,025 мг/кг/сут;

Б) 0,033 мг/кг/сут;

В) более 0,050мг/кг/сут.

**Вариант№7**

1. Какой дефицит гормонов характерен для пациентов, имеющих мутации POU1F1 (PIT1)?

А) СТГ дефицит + ТТГ дефицит;

Б) СТГ дефицит + дефицит пролактина;

В) СТГ дефицит +АКТГ дефицит;

Г) СТГ дефицит + гипогонадизм.

2. Какой дефицит гормонов характерен для пациентов,

имеющих мутации PROP1?

А) СТГ дефицит + ТТГ дефицит;

Б) СТГ дефицит + дефицит пролактина;

В) СТГ дефицит + гипогонадизм+ гипокортицзм;

Г) СТГ дефицит + дефицит АДГ.

3. Какая наиболее частая причина приобретенной недостаточности гормона роста?

А) травмы головного мозга;

Б) опухоли гипоталамо-гипофизарной области;

В) облучение головного мозга;

Г) химиотерапия по поводу онкологического заболевания.

4. Для приобретенной недостаточности гормона роста характерно сочетание (продолжите предложение):

А) с дефицитом антидиуретического гормона;

Б) с тиреотропной недостаточностью;

В) с кортикотропной недостаточностью;

Г) со всем выше перечисленным.

5. К основным клиническим чертам соматотропной недостаточности относятся все, кроме:

А) постнатальное отставание в росте более чем на 2 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола;

Б) крыловидные складки шеи;

В) прогрессирующее замедление роста;

Г) пропорциональное телосложение.

6. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) раннее прорезывание зубов;

Б) "лицо херувима";

В) гипогликемия;

Г) затянувшаяся желтуха.

7. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) преждевременный пубертат;

Б) множественный кариес;

В) усиленная венозная сеть на волосистой части головы у детей раннего возраста;

Г) неонатальный холестаз.

8. Проявлениями гипогликемии у пациентов младшего возраста при врожденном дефиците гормона роста является все указанное, кроме:

А) приступ возникает в ранние утренние часы или во сне;

Б) гиперемия кожи;

В) повышенный аппетит;

Г) повышенная потливость.

9. К клиническим симптомам вторичного гипотиреоза (центрального генеза) относится все, кроме:

А) умственная отсталость;

Б) появление после 3-х летнего возраста;

В) частое сочетание с дефицитом других «тропных» гормонов;

Г) в 85% случаев концентрации ТТГ в норме.

10. Из всех гипофизарных недостаточностей самой опасной для жизни является (продолжите предложение):

А) соматотропная недостаточность;

Б) тиреоидная недостаточность;

В) гипогонадотропная недостаточность;

Г) кортикотропная недостаточность.

11. Клиническими проявлениями вторичного гипокортицизма является все, кроме:

А) слабость, повышенная утомляемость;

Б) гиперпигментация кожных покровов;

В) склонность к артериальной гипотонии;

Г) гипогликемия.

12. Диагноз вторичный гипокортицизм можно предположить на основе (продолжите предложение):

А) низких значений кортизола в сыворотке крови в утренние часы;

Б) высоких значений кортизола в сыворотке крови в утренние часы;

В) низких значений АКТГ в сыворотке крови в утренние часы;

Г) высоких значений АКТГ в сыворотке крови в утренние часы.

13. Манифестация скрытого вторичного гипокортицизма зависит от всего, кроме:

А) от стрессорных ситуаций и инфекций;

Б) от раннего возраста ребенка;

В) от лечения тиреоидными препаратами;

Г) от лечения препаратами соматотропина.

14. Вторичный гипогонадизм диагностируется на основании указанных признаков, кроме:

А) отсутствие признаков начала полового развития при костном возрасте 13 лет у мальчиков и 12 лет у девочек;

Б) низких базальных концентраций половых гормонов;

В) снижение ответов ЛГ и ФСГ на стимуляцию ЛГ-РГ (бусерелином);

Г) отсутствие признаков начала полового развития у мальчиков 13 лет и у девочек 12 лет и отставания костного возраста от "паспортного" более чем на 3 года.

15. Дефицит антидиуретического гормона (вазопрессина) у пациентов с приобретенным дефицитом гормона роста чаще всего является следствием (продолжите предложение):

А) травмы головы;

Б) опухоли гипоталамо-гипофизарной области;

В) оперативного лечения опухоли гипоталамо- гипофизарной области;

Г) химиотерапии по поводу опухоли мозга.

16. Клиническими проявлениями несахарного диабета является все изложенное, кроме:

А) полиурия;

Б) полидипсия;

В) полифагия;

Г) энурез.

17. При подозрении на несахарный диабет у пациента с краниофарингиомой необходимо провести следующие исследования, кроме:

А) подсчет суточного диуреза;

Б) проба Зимницкого;

В) тест с ограничением выпиваемой жидкости;

Г) исследования уровня калия и натрия в крови.

18. Диагноз дефицита гормона роста основывается на всем указанном, кроме:

А) семейном анамнезе (низкорослые родители);

Б) антропометрии (рост пациента более чем на 2 SDS ниже, а скорость роста более чем на 1 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола);

В) пропорциональном телосложении;

Г) низкой концентрации соматотропного гормона (менее 10 нг/мл) в двух стимулирующих тестах.

19. Укажите нормальную концентрацию гормона роста в крови, которая позволяет исключить дефицит гормона роста у пациента после проведения СТГ-стимулирующего теста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

20. Укажите концентрацию гормона роста в крови, после проведения СТГ-стимулирующих тестов, которая позволяет поставить диагноз: тотальный дефицит гормона роста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

21. Укажите, какому генетическому заболеванию характерен кариотип 47XXY?

А) синдром Шерешевского-Тернера;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) истинный гермафродитизм;

Г) синдром Нунан.

22. Для чистой агенезии яичек (синдром Свайера) характерно все, кроме:

А) женское строение наружных и внутренних половых органов;

Б) наличие стреков вместо гонад;

В) кариотип 46XX;

Г) сочетание с почечными и неврологическими заболеваниями.

23. Для смешанной дисгенезии яичек характерно все, кроме:

А) с одной стороны яичко, с другой – стрек;

Б) расщеплена мошонка, урогенитальный синус;

В) внутренние половые органы сформированы по женскому типу;

Г) регистрируются в женском паспортном поле.

24. Для дефицита альфа-редуктазы характерно все, кроме:

А) аутосомно-рецессивный тип наследования;

Б) нарушение превращения тестостерона в более активный дигидротестостерон;

В) наружные половые органы ближе к женскому типу, внутренние – по мужскому типу;

Г) кариотип 46 XX.

25. Для синдрома тестикулярной феминизации это (продолжите предложение):

А) синдром нечувствительности к андрогенам;

Б) синдром повышенной чувствительности к андрогенам;

В) синдром нечувствительности к эстрогенам;

Г) синдром повышенной чувствительности к эстрогенам.

26. Для полной формы тестикулярной феминизации характерно все, кроме:

А) кариотип 46 XX;

Б) наружные половые органы женского типа;

В) полная нечувствительность к своим собственным андрогенам;

Г) мужские внутренние половые органы гипоплазированы.

27. Укажите самую частую причину нарушения формирования пола при кариотипе 46 XX?

А) во внутриутробном периоде вследствие лютеомы у матери;

Б) вследствие врожденной дисфункции коры надпочечников у ребенка;

В) во внутриутробном периоде вследствие приема матерью медикаментов, которые могут вызывать нарушение формирования пола;

Г) фетоплацентарное нарушение формирования пола вследствие дефицита ароматазы.

28. Кариотип необходимо исследовать во всех указанных ситуациях, кроме:

А) при гипоспадии;

Б) при двустороннем крипторхизме;

В) при первичной аменореи;

Г) при женском строении наружных половых органов и при визуализации на УЗИ матки и яичников.

29. Для нарушения формирования пола с кариотипом 46 XY не характерно:

А) наличие яичек в области половых губ или пахового канала;

Б) наличие матки;

В) наличие яичников;

Г) отсутствие матки.

30. Задержка полового развития у мальчиков — это отсутствие вторичных половых признаков (продолжите предложение):

А) после 12 лет;

Б) после 13 лет;

В) после 14 лет;

Г) после 15 лет.

31. Задержка полового развития у девочек — это отсутствие вторичных половых признаков (продолжите предложение):

А) после 12 лет;

Б) после 13 лет;

В) после 14 лет;

Г) после 15 лет.

32. Укажите наиболее частую причину первичного (гипергонадотропного) гипогонадизма:

А) удаление яичников или яичек в связи со злокачественной опухолью или метастазами;

Б) травма яичек или яичников;

В) воспалительный процесс (например, орхит);

Г) нарушение закладки гонад в связи с хромосомной аномалией.

33. К транзиторному (симптоматическому) гипогонадизму относят все перечисленное, кроме:

А) ятрогенный гипогонадизм (под воздействием препаратов);

Б) гипогонадизм при тиреотоксикозе;

В) гипогонадизм при пролактиноме;

Г) гипогонадизм при синдроме Шерешевского-Тернера.

34. Какое генетическое заболевание относится к первичному (гипергонадотропному) гипогонадизму?

А) генетический дефект PROP1;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) синдром Барде-Бидля;

Г) атаксия Фридрейха.

35. К вторичному (гипогонадотропному) гипогонадизму относятся все генетические заболевания, кроме?

А) синдром Шерешевского-Тернера;

Б) синдром Кальмана;

В) синдром Прадера-Вилли;

Г) синдром Лоренса-Муна.

36. Что является основным симптомом гипогонадизма у девочек старше 13 лет?

А) отсутствие роста молочных желез;

Б) отсутствие оволосения на лобке;

В) отсутствие оволосения в подмышечных впадинах;

Г) отсутствие менструаций.

37. Что является основным симптомом гипогонадизма у мальчиков старше 14лет?

А) объем яичек менее 4 мл;

Б) отсутствие оволосения на лобке;

В) отсутствие оволосения в подмышечных впадинах;

Г) отсутствие роста полового члена.

38. К проявлениям синдрома Клайнфельтера относят все, кроме:

А) гипергонадотропный (первичный) гипогонадизм;

Б) высокий интеллект;

В) высокий рост;

Г) пороки развития внутренних органов.

39. К клиническим проявлениям синдрома Клайнфельтера в пубертатный период относят все, кроме:

А) спонтанный пубертат вследствие продукции надпочечниковых андрогенов;

Б) несоответствие между выраженностью полового оволосения и маленьким объемом яичек дряблой консистенции;

В) гипогонадотропный (вторичный) гипогонадизм;

Г) задержка умственного развития, трудности в обучении.

40. Какой кариотип при синдроме Нунан у мальчиков?

А) 46 ХХ;

Б) 46 XY;

В) 45 Х0;

Г) 47 ХХY.

41. Как называется осложнение при сахарном диабете 1 типа, которое сопровождается поражением опорно-двигательного аппарата?

А) артроз;

Б) артрит;

В) остеопороз;

Г) хайропатия.

42. Для осложнения сахарного диабета 1 типа, хайропатии, характерно все указанное, кроме:

А) ведущее значение в развитии осложнения играет длительная гипергликемия;

Б) выявляют ограничение подвижности метакарпально-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пяти пальцев кистей рук;

В) процесс носит односторонний характер;

Г) выраженные контрактуры затрудняют проведение тонких ручных манипуляций.

43. Что характерно для II степени (умеренной) хайропатии?

А) нарушение объема движений в одном или двух проксимальных межфаланговых, одном больше суставе или только двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых суставов;

Б) нарушение объема движений в трех и более проксимальных межфаланговых суставах или двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых и какого-нибудь большого сустава;

В) явная деформация кисти или сочетание ограниченной подвижности суставов кистей рук с поражением шейного отдела позвоночника.

44. К профилактике и лечению ограниченной подвижности суставов при сахарном диабете 1 типа относя все, кроме:

А) тщательный контроль метаболизма;

Б) лечебная физкультура;

В) физиотерапевтическое лечение;

Г) лечение глюкокортикоидами.

45. Как называется осложнение инсулинотерапии, при котором поражается кожа и подкожная клетчатка в местах введения инсулина?

А) некроз;

Б) пролежни;

В) липоидный некробиоз;

Г) липодистрофии.

46. Какая природа происхождения сахарного диабета 2 типа?

А) аутоиммунная;

Б) аутоиммунная + генетическая;

В) генетическая;

Г) генетическая + внешнесредовая.

47. Какой препарат используют для лечения при сахарном диабете 2 типа в состоянии кетоацидоза у детей?

А) метформин;

Б) инсулин;

В) тиазолидиндионы;

Г) ингибиторы глюкозидазы.

48. Какая длительность применения экзогенного инсулина при сахарном диабете 2 типа у детей?

А) не более 1 месяца;

Б) не более 3 месяцев;

В) не более 6 месяцев;

Г) до возраста 18 лет.

49. Какое лечение при сахарном диабете 2 типа при низкой эффективности метформина (у пациентов с нормальной массой тела)?

А) добавление к метформину производных сульфонилмочевины;

Б) замена метформина на тиазолидиндионы;

В) замена метформина на ингибиторы глюкозидазы;

Г) замена метформина на инсулинотерапию.

50. К преимуществам лечения метформина у детей и подростков с сахарным диабетом 2 типа относят все изложенное, кроме:

А) препарат высокоэффективен у большей части пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением;

Б) назначается при неясности диагноза;

В) лечение может нормализовать репродуктивную функцию у девушек с синдромом поликистозных яичников;

Г) относится к таблетированным сахаропонижающим препаратам.

51. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

52. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

53. Какой подход к лечению MODY диабета в первые годы заболевания?

А) назначение только диеты;

Б) назначение пероральных сахароснижающих таблетированных препаратов + инсулина;

В) назначение инсулинотерапии;

Г) диета и /или назначение сахароснижающих таблетированных препаратов.

54. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) андростендион.

55. Какой белок, секретируемый жировой тканью, отражает массу жировой ткани и снижается при голодании?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

56. Какой протеин секретируется жировой тканью в наибольших количествах и снижается при ожирении и инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

57. Какой сигнальный полипептид, секретируемый жировой тканью, отражает связь диабета и ожирения за счет повышения инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

58. Экспрессия какого адипоцитокина, секретируемого жировой тканью, возрастает со степенью ожирения и имеет сходные с инсулином свойства?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

59. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) инсулин;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

60. Какой фермент, вырабатываемый жировой тканью, превращает андростендион в эстрон?

А) ароматаза;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

61. Что называется преждевременным половым развитием у девочек?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

62. Что называется преждевременным половым развитием у мальчиков?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

63. Гонадотропинзависимое ППР возникает вследствие всего, кроме:

А) гипоталамической гемартромы;

Б) объемного образования головного мозга;

В) органического поражения головного мозга;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

64. Гонадотропиннезависимое ППР у девочек возникает вследствие всего, кроме:

А) персистирующих фолликулярных кист;

Б) эстрогенпродуцирующих опухолей яичников или надпочечников;

В) арахноидальной кисты хиазмально-селлярной области и дна III желудочка;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

65. Гонадотропиннезависимое ППР у мальчиков возникает вследствие всего,

кроме:

А) ХГЧ-секретирующей опухоли (герминомы);

Б) тестотоксикоза;

В) андрогенпродуцирующей опухоли яичек или надпочечников;

Г) органического поражения ЦНС.

66. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у девочек характерно все, кроме:

А) увеличение молочных желез;

Б) ускоряются темпы роста;

В) появляется оволосение;

Г) менархе не наступают.

67. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у мальчиков характерно все, кроме:

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) яички остаются маленькими;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

68. Какие клинические проявления у мальчиков при гонадотропиннезависимой (периферической) форме ППР?

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) не отмечается роста объема яичек;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

69. Для гипоталамической гемартромы характерно все, кроме:

А) приступы насильственного смеха;

Б) агрессивность, снижение памяти и интеллекта;

В) ППР носит гонадотропиннезависимую (периферическую) форму;

Г) синдром несахарного диабета.

70. Для краниальных ХГЧ-секретирующих опухолей характерно все, кроме:

А) ППР носит гонадотропинзависимую (центрального генеза) форму;

Б) преобладают симптомы повышения внутричерепного давления;

В) зрительные нарушения;

Г) несахарный диабет, реже- СТГ-дефицит.

71. Гонадотропинзависимые (истинные, центральные) формы ППР называются такие формы ППР, которые обусловлены преждевременной активностью гипоталамо-гипофизарной системой и стимуляцией гонад (яичников или яичек) указанными гонадотропинами, кроме:

А) лютеинезирующим гормоном;

Б) фолликулостимулирующим гормоном;

В) хорионическим гонадотропином;

Г) всем выше перечисленным.

72. Что характерно для изолированного телархе по результатам УЗИ?

А) увеличение размеров матки более 3,4 см;

Б) формирование угла между шейкой матки и телом, появления эндометрия (М-эхо);

В) увеличение размеров яичников более 1-3 мл;

Г) размеры матки и яичников соответствуют возрасту ребенка, эндометрий не визуализируется, угол между шейкой матки и телом не сформирован.

73. У мальчиков с ППР для исключения врожденной дисфункции коры надпочечников, андрогенпродуцирующих опухоли надпочечников, герминативно-клеточных опухолей, необходимо провести все указанные

исследования крови, кроме:

А) на уровень СТГ;

Б) на уровень 17ОН-прогестерон;

В) на уровень ДГЭА/ДГЭАс;

Г) на уровень бета-ХГЧ.

74. У девочек с гетеросексуальным вариантом ППР и при изолированном адренархе для исключение врожденной дисфункции коры надпочечников, андроген продуцирующих опухолей надпочечников и яичников,

необходимо провести все указанные исследования крови, кроме:

А) уровень СТГ;

Б) уровень 17ОН-прогестерон;

В) уровень ДГЭА/ДГЭАс;

Г) уровень андростендиона и тестостерона.

75. Укажите кратность введения трипторелина (Диферелин) и лейпрорелина (Люкрин депо) при истинном (центральном) ППР?

А) 1 раз в день;

Б) 1 раз в неделю;

В) 1 раз в месяц;

Г) 1 раз в 3 месяца.

76. Кто определяет показания к хирургическому или лучевому лечению опухолей головного мозга у детей с гонадотропинзависимой (центральной, истинной) формой ППР?

А) эндокринолог;

Б) нейрохирург;

В) невролог;

Г) онколог.

77. Какое лечение у детей с гонадотропиннезависимой

(периферической, ложной) формой ППР, если выявлено объемное образование надпочечников или гонад?

А) консервативное;

Б) лучевая терапия;

В) аналогами люлиберина;

Г) хирургическое лечение.

78. У кого получают лечение мальчики с ХГЧ-секретирующими герминативно-

клеточными опухолями?

А) у эндокринолога;

Б) у нейрохирурга;

В) у невролога;

Г) у онколога.

79. Для лечения одного из вариантов гонадотропиннезависимого ППР врожденной дисфункции коры надпочечников используют (продолжите предложение):

А) глюкокортикоиды;

Б) лучевую терапию;

В) аналоги люлиберина;

Г) хирургическое лечение.

80. В основу классификации болезней щитовидной железы положено ее функциональное состояние, к которому относится все, кроме:

А) гипертиреоз;

Б) гипогонадизм;

В) эутиреоз;

Г) гипотиреоз.

81. В план обследования пациента с высокорослостью входит все, кроме:

А) кариотип;

Б) определение уровня тестостерона и эстрадиола, андростендиола;

В) оральный глюкозотолерантный тест;

Г) АКТГ.

82. Тактика ведения детей с высокорослостью включает все, кроме:

А) лечение высокими дозами тестостерона у подростков-мальчиков;

Б) лечение высокими дозами эстрогенов у подростков-девочек;

В) ранняя индукция пубертата у детей младшего возраста с помощью низких доз половых стероидов;

Г) лечение левотироксином.

83. Акромегалия и гигантизм возникают вследствие избыточной продукции (продолжите предложение):

А) АКТГ;

Б) ТТГ;

В) СТГ;

Г) пролактина.

Ответ: В

84. Избыточная продукция гормона роста при акромегалии и гигантизме исходит из аденомы гипофиза и называется (продолжите предложение):

А) кортикостерома;

Б) соматотропинома;

В) альдостерома;

Г) инсулинома.

85. В патогенез акромегалии входит все перечисленное, кроме:

А) гипертрофия и гиперплазия всех тканей и органов;

Б) пролиферация соединительной ткани и склероз;

В) гиперфункция всех эндокринных органов;

Г) риск возникновение новообразований (доброкачественных и злокачественных) во всех органах.

86. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) увеличение надбровных дуг, скуловых костей, нижней челюсти, макроглоссия;

Б) утолщение кожи;

В) гипергидроз;

Г) артериальная гипотония.

87. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) постепенное нарастание клинической симптоматики;

Б) истончение кожи;

В) по мере прогрессирования заболевания дегенерация мышечных волокон;

Г) дилятационная миокардиодистрофия.

88. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) гипофизарная недостаточность;

Б) головные боли;

В) артериальная и внутричерепная гипертензия;

Г) гипогликемия.

89. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) синдром ночного апноэ;

Б) хиазмальный синдром;

В) гипоплазия сальных желез;

Г) симптоматический сахарный диабет.

90. Гиперпродукция ростовых факторов (ИФР-1 и др) при акромегалии является причиной наиболее частых заболеваний, кроме:

А) лейкоз;

Б) узловой или диффузный зоб;

В) аденоматозная гиперплазия надпочечников;

Г) фиброзно-кистозная мастопатия.

91. Что подразумевает оральный глюкозотолерантный тест у пациентов с подозрением на акромегалию?

А) исследование гормона роста исходно;

Б) исследование гормона роста через 30 мин после теста;

В) исследование гормона роста через 60 мин после теста;

Г) исследование гормона роста через 90 мин после теста;

Д) исследование гормона роста через 120 мин после теста;

Е) все выше перечисленное.

92. Как меняется уровень гормона роста при проведении орального глюкозотолерантного теста у здорового человека?

А) повышается;

Б) снижается;

В) не меняется.

93. Оральный глюкозотолерантный тест при подозрении на акромегалию показан во всех случаях, кроме:

А) есть клинические проявления акромегалии;

Б) умеренное повышение базального гормона роста;

В) нормальные показатели базального уровня гормона роста;

Г) значительное повышение базального уровня гормона роста.

94. В план обследования пациентов с акромегалией входит все, кроме:

А) исследование базального гормона роста;

Б) АДГ;

В) исследование уровня ИФР-1;

Г) МРТ головного мозга.

95. Гигантизм дифференцируют от всех заболеваний, кроме:

А) конституциональной высокорослости;

Б) синдрома Клайнфельтера;

В) синдрома Шерешевского-Тернера;

Г) первичного гипогонадизма.

96. К лечению акромегалии относится все, кроме:

А) лечение препаратами гидрокортизона;

Б) оперативное лечение;

В) аналоги соматостатина (окреотид, ланреотид);

Г) блокаторы рецепторов гормона роста (Пегвисомант).

97. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три этапа. На каком сроке проходит 1-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

98. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три

этапа. На каком сроке проходит 2-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

99. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три этапа. На каком сроке проходит 3-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

100. Что характерно для первого этапа дифференцировки пола во внутриутробном периоде?

А) формирование недифференцированных первичных гонад, вольфовых протоков, мюллеровых протоков, генитального бугорка, 2-х генитальных складок и валики;

Б) в результате экспрессии гена SRYна Y-хромосоме начинают дифференцироваться клетки Сертоли и Лейдига. При отсутствии этого гена (кариотипе 46XX) первичная гонада дифференцируется в яичники;

В) у плода мужского пола нарастает тестостерон до пубертатных значений и его метаболита дигидротестостерона, что приводит к формированию наружных половых органов (пениса, мошонки) и внутренних половых органов по мужскому типу, а выработка антимюллерова гормона приводит к регрессу мюллеровых протоков. У плода женского пола отсутствие антимюллерова гормона приводит к развитию мюллеровых производных: матки, труб, верхней части влагалища, а отсутствие тестостерона - к развитию женских половых органов (клитора, половых губ).

**Вариант№8**

1. С помощью какого исследования можно выявить гиперплазию паращитовидных желез?

А) УЗИ;

Б) компьтерной томографии органов шеи;

В) сцинтиграфии;

Г) рентгенографии органов шеи.

2. Какое лечение проводят пациентам при бессимптомном течении семейной гипокальциурической гиперкальциемии (гиперпаратиреозе)?

А) не нуждаются в лечении;

Б) лечение консервативное;

В) лечение хирургическое;

Г) лечение в зависимости от степени тяжести заболевания.

3. Какое лечение проводят пациентам при тяжелом течении семейной гипокальциурической гиперкальциемии (неонатальном гиперпаратиреозе)?

А) не нуждаются в лечении;

Б) лечение консервативное (форсированный диурез, временное назначение бифосфонатов);

В) лечение хирургическое (тотальная паратиреоидэктомия);

Г) лечение в зависимости от степени тяжести заболевания.

4. Для злокачественной гиперкальциемии характерно все изложенное, кроме:

А) высокий уровень паратгормона в крови;

Б) низкий уровень паратгормона в крови;

В) высокий уровень паратгормоноподобного пептида;

Г) высокий уровень кальция.

5. К клиническому проявлению гиперпаратиреоза относится все, кроме:

А) катаракта;

Б) кальцинация роговой оболочки;

В) остеопороз, кисты в костях таза, запястий, ребрах;

Г) полиурия.

6. Поражение костной ткани при гиперпаратиреозе включает все, кроме:

А) костную-остеопоротическую форму;

Б) фиброзно-кистозный остеит;

В) повышенную плотность костей;

Г) педжетоидную форму.

7. Для поражения костной системы при первичном гиперпаратиреозе характерно все указанное, кроме:

А) дефекты эмали зубов;

Б) деформация позвонков по типу «рыбьего позвонка» с переломами позвонков;

В) хондрокальциноз;

Г) уменьшение роста, боли в спине при длительном пребывании в положении стоя

8. Для поражения пищеварительной системы при первичном гиперпаратиреозе характерно все указанное, кроме:

А) пептические язвы желудка или 12-перстной кишки;

Б) панкреакальциноз;

В) повышенный аппетит;

Г) повышение секреции гастрина и соляной кислоты.

9. Клиническими проявлениями гиперпаратиреоза в раннем возрасте является все изложенное, кроме:

А) задержка физического развития;

Б) боль в мышцах и суставах;

В) тонические судороги («рука акушера»);

Г) жажда, полиурия.

10. Для гиперкальциемического криза (при гиперпаратиреозе) характерны следующие симптомы, кроме:

А) спутанность сознания, ступор, кома;

Б) судороги;

В) гипотермия;

Г) жажда, анурия.

11. К основным лабораторным показателям для диагностики гиперпаратиреоза относят все указанные, кроме:

А) гиперкальциемия;

Б) снижение активности щелочной фосфатазы;

В) повышение уровня паратгормона;

Г) повышение экскреции ионизированного кальция с мочой.

12. К основным методам инструментальной диагностики причины и осложнений гиперкальциемических состояний относят все указанное, кроме:

А) сцинтиграфия паращитовидных желез;

Б) КТ и МРТ грудной клетки и брюшной полости;

В) ЭЭГ;

Г) УЗИ паращитовидных желез.

13. Через какое время ожидается заметное снижение уровни паратгормона и кальция в крови после удаления источника паратгормона (при гиперплазии паращитовидных желез)?

А) через 15 минут;

Б) через 1 час;

В) через сутки;

Г) через неделю.

14. После удаления аденомы паращитовидных желез возможно наступление гипокальциемия (синдром голодных костей). Какая тактика?

А) наблюдение;

Б) назначение витамина D 3-6 мкг/сут;

В) назначение препаратов кальция 2000-3000 мг/сут;

Г) витамин D + препараты кальция.

15. Что считается легкой гиперкальциемией?

А) повышение уровня общего кальция до 3 ммоль/л, ионизированного кальция не более 1,5 ммоль/л;

Б) повышение уровня общего кальция от 3,0 до 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция 1,5-1,8 ммоль/л;

В) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция более 1,8 ммоль/л;

Г) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, уровень ионизированного кальция в норме.

16. Что считается тяжелой гиперкальциемией?

А) повышение уровня общего кальция до 3 ммоль/л, ионизированного кальция не более 1,5 ммоль/л;

Б) повышение уровня общего кальция от 3,0 до 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция 1,5-1,8 ммоль/л;

В) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, ионизированного кальция более 1,8 ммоль/л;

Г) повышение уровня общего кальция более 3,5 ммоль/л, уровень ионизированного кальция в норме.

17. К экстренным терапевтическим мероприятиям при гиперпаратиреозе относят все изложенное, кроме:

А) регидратация путем внутривенного введения изотонического раствора натрия хлорида в объеме, вдвое превышающем средний объем для данной массы и роста;

Б) фуросемид (1-2 мг/кг) после адекватной гидратации;

В) препараты кальция (2000-3000 мг/сут);

Г) бифосфонаты (памидроновая кислота 0,5-1,0 мг/кг в 200-250 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно медленно в течение 4-5час)

18. При гиперкальциемии используют все указанные препараты, снижающие кальций, кроме:

А) бисфосфонаты;

Б) кальцитонин;

В) глюкокортикоиды;

Г) дигидротахистерол.

19. К бисфосфонатам, которые являются эффективным консервативным методом снижения уровня кальция в крови, относят все изложенные, кроме:

А) памидроновая кислота;

Б) фосфаты;

В) клодроновая кислота;

Г) ибандроновая кислота.

20. К препаратам витамина D, используемого при лечении гипопаратиреоза (гипокальциемии) относят все указанные, кроме:

А) эргокальциферол;

Б) колекальциферол;

В) кальцитонин;

Г) дигидротахистерол.

21. Для нарушения фосфорно-кальциевого гомеостаза при гиперпаратиреозе характерно все, кроме:

А) гиперкальциемия;

Б) гипофосфатемия;

В) гиперкальциурия;

Г) гипофосфатурия.

22. Какие результаты глюкозы крови являются критерием нарушенной гликемии натощак?

А) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 5,5 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 7,7 ммоль/л;

Б) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 6,1 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 7,7 ммоль/л;

В) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 5,5 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 8,0 ммоль/л;

Г) глюкоза цельной капиллярной крови натощак 6,3 ммоль/л, через 2 часа после еды или нагрузки 11,1 ммоль/л.

23. Протокол орального глюкозотолерантного теста включает все указанное, кроме:

А) перед тестом 12 часовое голодание;

Б) в течение 3 дней перед тестом питание с ограничением углеводов;

В) определение уровня гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки;

Г) нагрузка глюкозой из расчета 1,75 г на кг массы тела, но не более 75 г, растворяют в 250 мл воды.

24. Какой сахарный диабет связан с генетическими дефектами бета-клеточной функции?

А) MODY;

Б) резистентность к инсулину типа А;

В) синдром Донохью;

Г) липоатрофический диабет.

25. К сахарному диабету, который связан с болезнями экзокринной части поджелудочной железы, относят все изложенное, кроме:

А) панкреатит;

Б) муковисцидоз;

В) гемохроматоз;

Г) соматостотинома.

26. Сахарный диабет может быть индуцирован лекарственными средствами и химикатами, всеми указанными, кроме:

А) никотиновая кислота;

Б) глюкокортикоиды;

В) тиреоидные гормоны;

Г) аскорбиновая кислота.

27. К генетическим синдромам, которые сочетаются с сахарным диабетом, относят все указанные, кроме:

А) синдром Дауна;

Б) синдром Рассела-Сильвера;

В) синдром Клайнфельтера;

Г) синдром Шерешевского-Тернера.

28. Какой сахарный диабет доминирует у детей?

А) аутоиммунный;

Б) идиопатический;

В) сахарный диабет 2-го типа;

Г) диабет на фоне генетических дефектов бета- клеточной функции.

29. С каким (и) заболеваниями чаще всего ассоциируется сахарный диабет 1 типа?

А) с генетическими;

Б) с аутоиммунными;

В) с ожирением;

Г) с болезнями экзокринной части поджелудочной железы.

30. Задержка полового развития у мальчиков — это отсутствие вторичных половых признаков (продолжите предложение):

А) после 12 лет;

Б) после 13 лет;

В) после 14 лет;

Г) после 15 лет.

31. Гипопитуитаризм это (продолжите предложение):

А) дефицит соматотропного гормона;

Б) дефицит всех гонадотропных гормонов;

В) дефицит тиреотропного гомона;

Г) дефицит адренокортикотропного гормона.

32. Где происходит секреция соматотропного гормона?

А) в передней доле гипофиза;

Б) в средней доле гипофиза;

В) в задней доле гипофиза;

Г) во всех долях гипофиза.

33. Что стимулирует секрецию гормона роста?

А) соматостатин;

Б) соматотропин-релизинг-гормон;

В) инсулиноподобный фактор роста - 1;

Г) тиреоглобулин.

34. Что ингибирует секрецию гормона роста?

А) соматостатин;

Б) соматотропин-релизинг-гормон;

В) инсулиноподобный фактор роста -1;

Г) тиреоглобулин.

35. Выработку какого гормона стимулирует гормон роста?

А) соматостатин;

Б) соматотропин-релизинг-гормон;

В) инсулиноподобный фактор роста -1;

Г) тиреоглобулин.

36. Дефицит гормона роста, согласно терминологии, в классификации, может быть всем, кроме:

А) врожденным;

Б) приобретенным;

В) полным;

Г) субкомпенсированным.

37. Дефицит гормона роста, согласно терминологии в классификации, может быть всем, кроме:

А) полным;

Б) частичным;

В) субкомпенсированным;

Г) идиопатическим.

38. Дефицит гормона роста, согласно терминологии в классификации, может быть всем, кроме:

А) идиопатическим;

Б) органическим;

В) изолированным;

Г) субтотальным.

39. Какой дефицит гормонов характерен для пациентов, имеющих мутации POU1F1 (PIT1)?

А) СТГ дефицит + ТТГ дефицит;

Б) СТГ дефицит + дефицит пролактина;

В) СТГ дефицит +АКТГ дефицит;

Г) СТГ дефицит + гипогонадизм.

40. Какой дефицит гормонов характерен для пациентов,

имеющих мутации PROP1?

А) СТГ дефицит + ТТГ дефицит;

Б) СТГ дефицит + дефицит пролактина;

В) СТГ дефицит + гипогонадизм+ гипокортицзм;

Г) СТГ дефицит + дефицит АДГ.

41. Какая наиболее частая причина приобретенной недостаточности гормона роста?

А) травмы головного мозга;

Б) опухоли гипоталамо-гипофизарной области;

В) облучение головного мозга;

Г) химиотерапия по поводу онкологического заболевания.

42. Для приобретенной недостаточности гормона роста характерно сочетание с (продолжите предложение):

А) с тиреотропной недостаточностью;

Б) гонадотропной недостаточностью;

В) ни с чем из выше перечисленного;

Г) со всем выше перечисленным.

43. Для приобретенной недостаточности гормона роста характерно сочетание (продолжите предложение):

А) с дефицитом антидиуретического гормона;

Б) с тиреотропной недостаточностью;

В) с кортикотропной недостаточностью;

Г) со всем выше перечисленным.

44. К основным клиническим чертам соматотропной недостаточности относятся все, кроме:

А) постнатальное отставание в росте более чем на 2 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола;

Б) крыловидные складки шеи;

В) прогрессирующее замедление роста;

Г) пропорциональное телосложение.

45. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) раннее прорезывание зубов;

Б) "лицо херувима";

В) гипогликемия;

Г) затянувшаяся желтуха.

46. Для врожденного дефицита гормона роста характерны все клинические проявления, кроме:

А) преждевременный пубертат;

Б) множественный кариес;

В) усиленная венозная сеть на волосистой части головы у детей раннего возраста;

Г) неонатальный холестаз.

47. Проявлениями гипогликемии у пациентов младшего возраста при врожденном дефиците гормона роста является все указанное, кроме:

А) приступ возникает в ранние утренние часы или во сне;

Б) гиперемия кожи;

В) повышенный аппетит;

Г) повышенная потливость.

48. К клиническим симптомам вторичного гипотиреоза (центрального генеза) относится все, кроме:

А) умственная отсталость;

Б) появление после 3-х летнего возраста;

В) частое сочетание с дефицитом других «тропных» гормонов;

Г) в 85% случаев концентрации ТТГ в норме.

49. Из всех гипофизарных недостаточностей самой опасной для жизни является (продолжите предложение):

А) соматотропная недостаточность;

Б) тиреоидная недостаточность;

В) гипогонадотропная недостаточность;

Г) кортикотропная недостаточность.

50. Клиническими проявлениями вторичного гипокортицизма является все, кроме:

А) слабость, повышенная утомляемость;

Б) гиперпигментация кожных покровов;

В) склонность к артериальной гипотонии;

Г) гипогликемия.

51. Диагноз вторичный гипокортицизм можно предположить на основе (продолжите предложение):

А) низких значений кортизола в сыворотке крови в утренние часы;

Б) высоких значений кортизола в сыворотке крови в утренние часы;

В) низких значений АКТГ в сыворотке крови в утренние часы;

Г) высоких значений АКТГ в сыворотке крови в утренние часы.

52. Манифестация скрытого вторичного гипокортицизма зависит от всего, кроме:

А) от стрессорных ситуаций и инфекций;

Б) от раннего возраста ребенка;

В) от лечения тиреоидными препаратами;

Г) от лечения препаратами соматотропина.

53. Вторичный гипогонадизм диагностируется на основании указанных признаков, кроме:

А) отсутствие признаков начала полового развития при костном возрасте 13 лет у мальчиков и 12 лет у девочек;

Б) низких базальных концентраций половых гормонов;

В) снижение ответов ЛГ и ФСГ на стимуляцию ЛГ-РГ (бусерелином);

Г) отсутствие признаков начала полового развития у мальчиков 13 лет и у девочек 12 лет и отставания костного возраста от "паспортного" более чем на 3 года.

54. Дефицит антидиуретического гормона (вазопрессина) у пациентов с приобретенным дефицитом гормона роста чаще всего является следствием (продолжите предложение):

А) травмы головы;

Б) опухоли гипоталамо-гипофизарной области;

В) оперативного лечения опухоли гипоталамо- гипофизарной области;

Г) химиотерапии по поводу опухоли мозга.

55. Клиническими проявлениями несахарного диабета является все изложенное, кроме:

А) полиурия;

Б) полидипсия;

В) полифагия;

Г) энурез.

56. При подозрении на несахарный диабет у пациента с краниофарингиомой необходимо провести следующие исследования, кроме:

А) подсчет суточного диуреза;

Б) проба Зимницкого;

В) тест с ограничением выпиваемой жидкости;

Г) исследования уровня калия и натрия в крови.

57. Диагноз дефицита гормона роста основывается на всем указанном, кроме:

А) семейном анамнезе (низкорослые родители);

Б) антропометрии (рост пациента более чем на 2 SDS ниже, а скорость роста более чем на 1 SDS ниже популяционной средней для данного хронологического возраста и пола);

В) пропорциональном телосложении;

Г) низкой концентрации соматотропного гормона (менее 10 нг/мл) в двух стимулирующих тестах.

58. Укажите нормальную концентрацию гормона роста в крови, которая позволяет исключить дефицит гормона роста у пациента после проведения СТГ-стимулирующего теста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

59. Укажите концентрацию гормона роста в крови, после проведения СТГ-стимулирующих тестов, которая позволяет поставить диагноз: тотальный дефицит гормона роста?

А) менее 7 нг/мл;

Б) менее 10 нг/мл;

В) от 7 до 10 нг/мл;

Г) более 10 нг/мл.

60. Для синдрома тестикулярной феминизации это (продолжите предложение):

А) синдром нечувствительности к андрогенам;

Б) синдром повышенной чувствительности к андрогенам;

В) синдром нечувствительности к эстрогенам;

Г) синдром повышенной чувствительности к эстрогенам.

61. Для полной формы тестикулярной феминизации характерно все, кроме:

А) кариотип 46 XX;

Б) наружные половые органы женского типа;

В) полная нечувствительность к своим собственным андрогенам;

Г) мужские внутренние половые органы гипоплазированы.

62. Укажите самую частую причину нарушения формирования пола при кариотипе 46 XX?

А) во внутриутробном периоде вследствие лютеомы у матери;

Б) вследствие врожденной дисфункции коры надпочечников у ребенка;

В) во внутриутробном периоде вследствие приема матерью медикаментов, которые могут вызывать нарушение формирования пола;

Г) фетоплацентарное нарушение формирования пола вследствие дефицита ароматазы.

63. Кариотип необходимо исследовать во всех указанных ситуациях, кроме:

А) при гипоспадии;

Б) при двустороннем крипторхизме;

В) при первичной аменореи;

Г) при женском строении наружных половых органов и при визуализации на УЗИ матки и яичников.

64. Для нарушения формирования пола с кариотипом 46 XY не характерно:

А) наличие яичек в области половых губ или пахового канала;

Б) наличие матки;

В) наличие яичников;

Г) отсутствие матки.

65. Задержка полового развития у мальчиков — это отсутствие вторичных половых признаков (продолжите предложение):

А) после 12 лет;

Б) после 13 лет;

В) после 14 лет;

Г) после 15 лет.

66. Задержка полового развития у девочек — это отсутствие вторичных половых признаков (продолжите предложение):

А) после 12 лет;

Б) после 13 лет;

В) после 14 лет;

Г) после 15 лет.

67. Укажите наиболее частую причину первичного (гипергонадотропного) гипогонадизма:

А) удаление яичников или яичек в связи со злокачественной опухолью или метастазами;

Б) травма яичек или яичников;

В) воспалительный процесс (например, орхит);

Г) нарушение закладки гонад в связи с хромосомной аномалией.

68. К транзиторному (симптоматическому) гипогонадизму относят все перечисленное, кроме:

А) ятрогенный гипогонадизм (под воздействием препаратов);

Б) гипогонадизм при тиреотоксикозе;

В) гипогонадизм при пролактиноме;

Г) гипогонадизм при синдроме Шерешевского-Тернера.

69. Какое генетическое заболевание относится к первичному (гипергонадотропному) гипогонадизму?

А) генетический дефект PROP1;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) синдром Барде-Бидля;

Г) атаксия Фридрейха.

70. К вторичному (гипогонадотропному) гипогонадизму относятся все генетические заболевания, кроме?

А) синдром Шерешевского-Тернера;

Б) синдром Кальмана;

В) синдром Прадера-Вилли;

Г) синдром Лоренса-Муна.

71. Что является основным симптомом гипогонадизма у девочек старше 13 лет?

А) отсутствие роста молочных желез;

Б) отсутствие оволосения на лобке;

В) отсутствие оволосения в подмышечных впадинах;

Г) отсутствие менструаций.

72. Что является основным симптомом гипогонадизма у мальчиков старше 14лет?

А) объем яичек менее 4 мл;

Б) отсутствие оволосения на лобке;

В) отсутствие оволосения в подмышечных впадинах;

Г) отсутствие роста полового члена.

73. К проявлениям синдрома Клайнфельтера относят все, кроме:

А) гипергонадотропный (первичный) гипогонадизм;

Б) высокий интеллект;

В) высокий рост;

Г) пороки развития внутренних органов.

74. К клиническим проявлениям синдрома Клайнфельтера в пубертатный период относят все, кроме:

А) спонтанный пубертат вследствие продукции надпочечниковых андрогенов;

Б) несоответствие между выраженностью полового оволосения и маленьким объемом яичек дряблой консистенции;

В) гипогонадотропный (вторичный) гипогонадизм;

Г) задержка умственного развития, трудности в обучении.

75. Какой кариотип при синдроме Нунан у мальчиков?

А) 46 ХХ;

Б) 46 XY;

В) 45 Х0;

Г) 47 ХХY.

76. Как называется осложнение при сахарном диабете 1 типа, которое сопровождается поражением опорно-двигательного аппарата?

А) артроз;

Б) артрит;

В) остеопороз;

Г) хайропатия.

77. Для осложнения сахарного диабета 1 типа, хайропатии, характерно все указанное, кроме:

А) ведущее значение в развитии осложнения играет длительная гипергликемия;

Б) выявляют ограничение подвижности метакарпально-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пяти пальцев кистей рук;

В) процесс носит односторонний характер;

Г) выраженные контрактуры затрудняют проведение тонких ручных манипуляций.

78. Что характерно для II степени (умеренной) хайропатии?

А) нарушение объема движений в одном или двух проксимальных межфаланговых, одном больше суставе или только двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых суставов;

Б) нарушение объема движений в трех и более проксимальных межфаланговых суставах или двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых и какого-нибудь большого сустава;

В) явная деформация кисти или сочетание ограниченной подвижности суставов кистей рук с поражением шейного отдела позвоночника.

79. К профилактике и лечению ограниченной подвижности суставов при сахарном диабете 1 типа относя все, кроме:

А) тщательный контроль метаболизма;

Б) лечебная физкультура;

В) физиотерапевтическое лечение;

Г) лечение глюкокортикоидами.

80. Как называется осложнение инсулинотерапии, при котором поражается кожа и подкожная клетчатка в местах введения инсулина?

А) некроз;

Б) пролежни;

В) липоидный некробиоз;

Г) липодистрофии.

81. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

82. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

83. Какой подход к лечению MODY диабета в первые годы заболевания?

А) назначение только диеты;

Б) назначение пероральных сахароснижающих таблетированных препаратов + инсулина;

В) назначение инсулинотерапии;

Г) диета и /или назначение сахароснижающих таблетированных препаратов.

84. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) андростендион.

85. Какой белок, секретируемый жировой тканью, отражает массу жировой ткани и снижается при голодании?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

86. Какой протеин секретируется жировой тканью в наибольших количествах и снижается при ожирении и инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

87. Какой сигнальный полипептид, секретируемый жировой тканью, отражает связь диабета и ожирения за счет повышения инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

88. Экспрессия какого адипоцитокина, секретируемого жировой тканью, возрастает со степенью ожирения и имеет сходные с инсулином свойства?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

89. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) инсулин;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

90. Какой фермент, вырабатываемый жировой тканью, превращает андростендион в эстрон?

А) ароматаза;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

91. Что называется преждевременным половым развитием у девочек?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

92. Что называется преждевременным половым развитием у мальчиков?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

93. Гонадотропинзависимое ППР возникает вследствие всего, кроме:

А) гипоталамической гемартромы;

Б) объемного образования головного мозга;

В) органического поражения головного мозга;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

94. Гонадотропиннезависимое ППР у девочек возникает вследствие всего, кроме:

А) персистирующих фолликулярных кист;

Б) эстрогенпродуцирующих опухолей яичников или надпочечников;

В) арахноидальной кисты хиазмально-селлярной области и дна III желудочка;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

95. Гонадотропиннезависимое ППР у мальчиков возникает вследствие всего,

кроме:

А) ХГЧ-секретирующей опухоли (герминомы);

Б) тестотоксикоза;

В) андрогенпродуцирующей опухоли яичек или надпочечников;

Г) органического поражения ЦНС.

96. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у девочек характерно все, кроме:

А) увеличение молочных желез;

Б) ускоряются темпы роста;

В) появляется оволосение;

Г) менархе не наступают.

97. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у мальчиков характерно все, кроме:

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) яички остаются маленькими;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

98. Какие клинические проявления у мальчиков при гонадотропиннезависимой (периферической) форме ППР?

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) не отмечается роста объема яичек;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

99. Для гипоталамической гемартромы характерно все, кроме:

А) приступы насильственного смеха;

Б) агрессивность, снижение памяти и интеллекта;

В) ППР носит гонадотропиннезависимую (периферическую) форму;

Г) синдром несахарного диабета.

100. Для краниальных ХГЧ-секретирующих опухолей характерно все, кроме:

А) ППР носит гонадотропинзависимую (центрального генеза) форму;

Б) преобладают симптомы повышения внутричерепного давления;

В) зрительные нарушения;

Г) несахарный диабет, реже- СТГ-дефицит.ь

**Вариант№9**

1. Для чистой агенезии яичек (синдром Свайера) характерно все, кроме:

А) кариотип 46XY;

Б) наличие стреков вместо гонад, которые подлежат хирургическому удалению из-за риска развития гонадобластомы;

В) пациенты регистрируются в женском паспортном поле;

Г) пациенты способны к деторождению.

2. Для смешанной дисгенезии яичек характерно все, кроме:

А) кариотип 46 XX;

Б) с одной стороны яичко, с другой – стрек;

В) яичко имеет хорошо развитые кавернозные тела и в пубертате вырабатывает нормальное количество тестостерона;

Г) регистрируются в мужском паспортном поле.

3. Для дефицита альфа-редуктазы характерно все, кроме:

А) кариотип 46 XY;

Б) нарушение превращения тестостерона в более активный дигидротестостерон;

В) пациента регистрируют в женском паспортном поле;

Г) в период пубертата уровень тестостерона возрастает, что приводит к маскулинизации наружных половых органов.

4. Для синдрома тестикулярной феминизации характерен (продолжите предложение):

А) аутосомно-рецессивный тип наследования;

Б) аутосомно-доминантный тип наследования;

В) сцепленный с X-хромосомой тип наследования.

5. Диагноз полной тестикулярной феминизации чаще всего устанавливается

(продолжите предложение):

А) в момент рождения;

Б) в детском возрасте;

В) в подростковом возрасте;

Г) во взрослом возрасте.

6. Для полной формы тестикулярной феминизации характерно все, кроме:

А) пациентов регистрируют в женском паспортном поле;

Б) диагноз устанавливается в подростковом возрасте, когда девушка проходит обследование по поводу первичной аменореи;

В) на УЗИ отсутствует матка, в паховых каналах или половых губах визуализируются яички;

Г) кариотип 46 XX.

7. При неполной форме тестикулярной феминизации выбор половой принадлежности решается (продолжите предложение):

А) в пользу женской половой принадлежности;

Б) в пользу мужской половой принадлежности;

В) выбор половой принадлежности решается индивидуально.

8. Укажите степень вирилизации наружных половых органов у девочек по Прадеру если: отмечается гипертрофия клитора и нормальный вход во влагалище?

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

9. Укажите степень вирилизации наружных половых органов у девочек по Прадеру если: отмечается гипертрофия клитора и частичное сращение больших половых губ?

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

10. Укажите степень вирилизации наружных половых органов у девочек по Прадеру если: сформирована головка клитора, урогенитальный синус?

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

11. Укажите степень вирилизации наружных половых органов у девочек по Прадеру если: выявлен пенисообразный клитор с фиксацией к промежности, урогенитальный синус открывается на стволе?

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

12. Укажите степень вирилизации наружных половых органов у девочек по Прадеру если: пенисообразный клитор, пинеальная уретра, мошонкообразные половые губы?

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

13. Для нарушения формирования пола при кариотипе 46 XY характерно все, кроме:

А) пальпация яичек в области половых губ или пахового канала;

Б) определение матки при проведении УЗИ;

В) определение яичников при проведении УЗИ;

Г) отсутствие матки при проведении УЗИ.

14. О каком кариотипе свидетельствует выявление яичников на УЗИ у пациента с нарушением формирования пола?

А) 46 ХХ;

Б) 46 XY;

В) 47 XXY;

Г) 45 Х0.

15. В план лечения пациентов с нарушением формирования пола входит все изложенное, кроме:

А) пластика наружных половых органов;

Б) заместительная гормональная терапия;

В) оперативное удаление стреков и гонад противоположного пола;

Г) специфические методы профилактики.

16. У кого чаще встречается конституциональная задержка полового развития?

А) у мальчиков;

Б) у девочек;

В) одинаково у детей обоего пола.

17. Какой гипогонадизм называют «первичным»?

А) обусловленный дефицитом гипоталямического люлиберина;

Б) обусловленный дефицитом гипофизарных гонадотропинов;

В) обусловленный поражением гонад (яичек или яичников).

18. К этиологии вторичного гипогонадизма относится все, кроме:

А) обусловленный дефицитом гипоталямического люлиберина;

Б) обусловленный дефицитом гипофизарных гонадотропинов;

В) обусловленный поражением гонад (яичек или яичников).

19. Вторичный гипогонадизм это (продолжите предложение):

А) гипогонадотропный гипогонадизм;

Б) гипергонадотропный гипогонадизм.

20. Первичный гипогонадизм это (продолжите предложение):

А) гипогонадотропный гипогонадизм;

Б) гипергонадотропный гипогонадизм.

21. У кого чаще встречается вторичный (гипогонадотропный) гипогонадизм?

А) у мальчиков;

Б) у девочек;

В) одинаково у обоего пола.

22. Укажите наиболее частую причину вторичного (гипогонадотропного) гипогонадизма:

А) нарушение закладки, развития гонадотрофов и других гормонопродуцирующих клеток аденогипофиза (дефект гена PROP1);

Б) оперативное вмешательство на гипоталамо-гипофизарной области;

В) травмы головы;

Г) менингит.

23. На фоне чего возникает ятрогенный гипогонадизм?

А) тяжелой соматической патологии;

Б) заболеваний эндокринной системы;

В) под действием препаратов.

24. К транзиторному (симптоматическому) гипогонадизму относят все перечисленное, кроме:

А) нарушений функции печени и почек;

Б) при гиперкортицизме;

В) при нервной анорексии;

Г) после операции по поводу краниофарингеомы.

25. Какое генетическое заболевание относится к первичному (гипергонадотропному) гипогонадизму?

А) синдром Шерешевского-Тернера;

Б) синдром Кальмана;

В) синдром Прадера-Вилли;

Г) синдром Лоренса-Муна.

26. К вторичному (гипогонадотропному) гипогонадизму относятся все генетические заболевания, кроме?

А) синдром Шерешевского-Тернера;

Б) синдром Кальмана;

В) синдром Прадера-Вилли;

Г) синдром Лоренса-Муна.

27. Какое генетическое заболевание относится к первичному (гипергонадотропному) гипогонадизму?

А) резистентность к гонадотропинам (ЛГ или ФСГ);

Б) мозжечковые атаксии (например, Холмса, Луи-Бар);

В) синдром Кальмана с аносомией и без аносомии;

Г) гипоплазия надпочечников в сочетании с гипогонадизмом (дефект гена DAX-1)

28. К приобретенной форма гипогонадотропного (вторичного) гипогонадизма относят все, кроме:

А) гипогонадизм на фоне черепно-мозговой травмы;

Б) гипогонадизм на фоне краниальной лучевой терапии;

В) гипогонадизм на фоне приема в больших дозах и длительное время опиоидов;

Г) гипогонадизм на фоне анорхизма.

29. К приобретенной форма гипергонадотропного (первичного) гипогонадизма относят все формы гипогонадизма, кроме:

А) на фоне приема половых гормонов;

Б) на фоне перекрута яичек;

В) на фоне орхита;

Г) на фоне синдрома регрессии яичек.

30. К каким нарушениям строения половых органов у мальчиков приводит дефицит тестостерона, если дефицит развился до 14-й недели внутриутробного развития?

А) к микропенису;

Б) к крипторхизму;

В) к гипоспадии.

31. К каким нарушениям строения половых органов у мальчиков приводит дефицит тестостерона, если дефицит развился до 14 недели внутриутробного развития?

А) к женскому строению наружных половых органов;

Б) к микропенису;

В) к крипторхизму.

32. К каким нарушениям строения половых органов у мальчиков приводит дефицит тестостерона, если дефицит развился после 14 недели внутриутробного развития?

А) к женскому строению наружных половых органов;

Б) к гипоспадии;

В) к микропенису в сочетании с крипторхизмом

33. Когда выставляется диагноз гипогонадизм у мальчиков?

А) при рождении;

Б) в возрасте 9-14 лет;

В) старше 14 лет;

Г) старше 18 лет.

34. Когда выставляется диагноз гипогонадизм у девочек?

А) при рождении;

Б) в возрасте 8-13 лет;

В) старше 13 лет;

Г) старше 17 лет.

35. К классическим проявлениям синдрома Клайнфельтера относят все, кроме:

А) маленькие дряблые яички (менее 2,5 мл);

Б) гинекомастия;

В) низкий рост;

Г) евнухоидные пропорции тела.

36. К клиническим проявлениям синдрома Клайнфельтера в допубертатный период относят все, кроме:

А) крипторхизм;

Б) микропенис;

В) трудности контакта со сверстниками;

Г) высокий интеллект.

37. Как наследуется синдром Нунан?

А) аутосомно-доминантно;

Б) аутосомно-рецессивно;

В) сцеплено с Х-хромосомой.

38. У какого пола встречается синдром Нунан?

А) у женского;

Б) у мужского;

В) у обоих полов.

39. Клиническими проявлениями синдрома Нунан является все перечисленное, кроме:

А) гипергонадотропный гипогонадизм;

Б) короткая шея с крыловидными складками;

В) бочкообразная грудная клетка;

Г) высокорослость.

40. Проявлениями синдрома Нунан является все перечисленное, кроме:

А) фенотипические черты схожие с синдромом Шерешевского-Тернера;

Б) нормальный кариотип;

В) встречается с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек;

Г) дефицит гормона роста.

41. Клиническими проявлениями полной тестикулярной феминизации является все перечисленное, кроме:

А) диагноз устанавливают случайно, при обнаружении тестикул при операции по поводу двусторонней паховой грыжи;

Б) пациенты регистрируются в женском паспортном поле;

В) отсутствие менструаций на фоне хорошей эстрогенизаци (хорошо развиты молочные железы);

Г) низкий рост.

42. Как клинически проявляется неполная форма тестикулярной феминизации?

А) различной степени гипоспадии;

Б) пациенты регистрируются в женском паспортном поле;

В) отсутствие менструаций;

Г) хорошо развиты молочные железы.

43. Что подтверждает диагноз синдром регрессии яичек (или синдром исчезнувших яичек)?

А) двусторонний крипторхизм;

Б) обнаружение только структур семенного канатика при диагностической лапароскопии;

В) анорхизм;

Г) гипоспадия.

44. Причинами синдрома регрессии яичек во внутриутробном периоде является все, кроме:

А) васкулярные нарушения питания яичек;

Б) перекрут яичек в процессе их опускания;

В) дефекты гена SF1;

Г) дефицит альфа-редуктазы.

45. От чего зависит строение наружных половых органов при синдроме регрессии яичек?

А) от уровня тестостерона во внутриутробном периоде;

Б) от сроков регрессии яичек во внутриутробном периоде;

В) от кариотипа;

Г) от чувствительности тканей к тестостерону.

46. Какой кариотип при синдроме регрессии яичек?

А) 46 ХХ;

Б) 46 XY;

В) 45 Х0;

Г) 47 ХХY.

47. Какое исследование, прежде всего, требует пациент, если выявлен низкий уровень ЛГ и ФСГ?

А) кариотип;

Б) УЗИ матки и яичников или УЗИ яичек;

В) Рентгенография запястий для исследования костного возраста;

Г) МРТ-головного мозга.

48. Какое исследование, прежде всего, требует пациент, если выявлен высокий уровень ЛГ и ФСГ?

А) кариотипирование;

Б) УЗИ органов малого таза (матки и яичников) или УЗИ мошонки (яичек);

В) Рентгенография запястий для исследования костного возраста;

Г) МРТ-головного мозга.

49. Принципы лечения детей с гипогонадизмом включают все изложенное,

кроме:

А) пожизненная заместительная терапия;

Б) начало заместительной терапии определяются индивидуально;

В) заместительная терапия только до 18 лет;

Г) у девочек используют эстроген- прогестагенные препараты, у мальчиков препараты андрогенов или препаратами гонадотропинов.

50. Для рудиментарных яичек характерно все, кроме:

А) двусторонняя дисгенезия яичек с низким уровнем тестостерона и антимюллерова гормона во внутриутробный период;

Б) незначительная маскулинизация наружных половых органов;

В) формирование женских внутренних органов;

Г) кариотип 46 XX.

51. С какого возраста в среднем начинают заместительную гормональную терапию девочкам с гипогонадизмом?

А) с 10-11 лет;

Б) с 12-13 лет;

В) с 14-15 лет;

Г) старше 15 лет.

52. С какого возраста в среднем начинают заместительную гормональную терапию мальчикам с гипогонадизмом?

А) с 11-12 лет;

Б) с 13-15 лет;

В) с 16-18 лет;

Г) старше 18 лет.

53. К препаратам тестостерона относятся все перечисленные, кроме:

А) Прогинова;

Б) Сустанон-250;

В) Омнадрен-250;

Г) Небидо.

54. Как используются у мальчиков с гипогонадизмом пролонгированные формы эфиров тестостерона (Сустанон-250, Омнадрен-250)?

А) 1 раз в день;

Б) 1 раз в неделю;

В) 1 раз в 3-4 недели;

Г) 1 раз в 6-8 месяцев.

55. Какая начальная доза пролонгированного тестостерона при лечении гипогонадизма у мальчиков?

А) 50-100 мг 1 раз в 3-4 недели;

Б)250мг 1 раз в 3-4 недели;  
В) 250 мг 1 раз в 3-4 мес.

56. Как увеличивается доза пролонгированного тестостерона при лечении

гипогонадизма у мальчиков?

А) 1 раз в месяц на 50 мг;

Б) 1 раз в 2 месяца на 50 мг;

В) 1 раз в 3-4 месяца на 50 мг;

Г) 1 раз в 6-8 месяцев на 50 мг.

57. Какая целевая доза пролонгированного тестостерона при лечении гипогонадизма у мальчиков (мужчин)?

А) 50 мг;

Б) 100 мг;

В) 200 мг;

Г) 250 мг.

58. На каком уровне должен находиться тестостерон в крови у пациента, если он получает адекватную заместительную терапию препаратами тестостерона?

А) менее 13 нмоль/л;

Б) 13-33 нмоль/л;

В) более 33 нмоль/л.

59. С какого препарата начинают инициацию пубертата у девочек?

А) Дивина;

Б) Прогинова;

В)Цикло-прогинова;  
Г) Трисеквенс.

60. К эстроген-гестагенным препарата, которые используют для циклической заместительной терапии у девочек с гипогонадизмом, относят все, кроме:

А) Дивина;

Б) Прогинова;

В)Цикло-прогинова;  
Г) Трисеквенс.

61. Через какое время от инициации пубертата эстрогенами у девочек с гипогонадизмом начинается циклическая заместительная терапия эстроген-гестагенными препаратами?

А) через 1 месяц;

Б) через 3 месяца;

В) через 6 месяцев;

Г) через 1 год.

62. Как используют трансдермальный препарат эстрогена Дивигель?  
А) наносят 1 раз в сутки на кожу нижней части передней стенки живота;

Б) наносят 1 раз в неделю на кожу нижней части передней стенки живота;

В) наносят 1 раз в месяц на кожу нижней части передней стенки живота.

63. Существует несколько указанных протоколов лечения вторичного гипогонадизма у мальчиков, кроме:

А) препарат ФСГ в дозе 75-150 ЕД внутримышечно 1 раз в 2-3 дня не менее 6 месяцев с последующим добавлением хорионического гонадотропина 1000-3000 ЕД 1 раз в 3-4 дня длительно;

Б) хорионический гонадотропин по 1000-3000 ЕД 1 раз в 3-4 дня по достижению уровня тестостерона не менее 12 нмоль/л с последующим добавлением препарата ФСГ в дозе 75-150 ЕД внутримышечно 1 раз в 2-3 дня под контролем антимюллерового гормона, ингибина В, спермограммы;

В) сочетанное использования хорионического гонадотропина и препаратов ФСГ;  
Г) пролонгированный препарат тестостерона 250 мг 1 раз в 3-4 недели длительно.

64. Какую форму преждевременного полового развития (ППР) называют истинной формой ППР?

А)гонадотропинзависимуюформу;  
Б) гонадотропиннезависимую форму.

65. Какую форму ППР называют ложной формой ППР?

А)гонадотропинзависимуюформу;  
Б) гонадотропиннезависимую форму.

66. Какую форму преждевременного полового развития (ППР) называют центральной формой ППР?

А)гонадотропинзависимуюформу;  
Б) гонадотропиннезависимую форму.

67. Какую форму преждевременного полового развития (ППР) называют периферической формой ППР?

А)гонадотропинзависимуюформу;  
Б) гонадотропиннезависимую форму.

68. Гонадотропинзависимое ППР возникает вследствие всего, кроме:

А) персистирующих фолликулярных кист;

Б) идиопатического ППР;

В) гипоталямической гемартромы;

Г) объемного образования головного мозга.

69. К неполным формам ППР относят все указанные, кроме:

А) на фоне врожденной дисфункции коры надпочечников;

Б)изолированноепреждевременноетелархе;  
В) изолированное преждевременное адренархе;

Г) изолированное преждевременное пубархе.

70. Полное ППР это всегда (продолжите предложение):гонадотропинзависимую форму;  
Б) гонадотропиннезависимую форму.

71. Для синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта- Брайцева характерно все, кроме:

А) пигментные пятна типа «кофе с молоком» неправильной формы и асимметрической локализации;

Б) фиброзно-кистозная дисплазия костной ткани;

В) повышенная продукция эстрогенов яичниками;

Г) наличие стимуляции гонадотропинами.

72. Для тестотоксикоза характерно все, кроме:

А) заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования;

Б) мутация в гене LHCGR кодирующем рецептор ЛГ;

В) стимуляция клеток Лейдига и синтез тестостерона при отсутствии ЛГ;

Г) большие размеры яичек.

73. Для гипоталамической гемартромы характерно все, кроме:

А) истинное ППР до 3-х лет;

Б) это врожденная эктопия гипоталамической ткани;

В) встречается только у девочек;

Г) сопровождается неврологическими и поведенческими нарушениями.

74. Что свидетельствует о гонадотропинзависимом (центральном, истинном) ППР у мальчиков?

А) объем яичек более 4 мл;

Б) допубертатнные размеры яичек.

75. Что свидетельствует о гонадотропиннезависимом (периферическом, ложном)

ППР у мальчиков?

А) объем яичек более 4 мл;

Б) допубертатнные размеры яичек.

76. Что свидетельствует о гонадотропинзависимом (центральном, истинном) ППР у девочек?

А) регулярный менструальный цикл;

Б) отсутствие менструаций или возможны менструльноподобные кровотечения.

77. Что свидетельствует о гонадотропиннезависимом (периферическом, ложном)

ППР у девочек?

А) регулярный менструальный цикл;

Б) отсутствие менструаций или возможны менструльноподобные кровотечения.

78. Что характерно для неполной формы ППР (синдрома, изолированного телархе)?

А) опережение костного возраста более чем на 2 года от паспортного;

Б) отставание костного возраста более чем на 2 года от паспортного;

В) костный возраст соответствует паспортному.

79. Что характерно для полной формы ППР?

А) опережение костного возраста более чем на 2 года от паспортного;

Б) отставание костного возраста более чем на 2 года от паспортного;

В) костный возраст соответствует паспортному.

80. О какой форме ППР свидетельствует выявление кист на УЗИ яичников у девочки?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) о неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе).

81. Обнаружение кист в яичниках у девочки с ППР свидетельствует о следующих заболеваниях, кроме:

А) синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева;

Б) фолликулярная киста яичника;

В) синдром изолированного телархе.

82. О какой форме ППР свидетельствует повышение ЛГ более 10 ЕД/л на фоне введения люлиберина (стимулированный уровень ЛГ)?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) о неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе).

83. О какой форме ППР свидетельствует отсутствие стимуляции ЛГ на фоне введения люлиберина?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе).

84. О какой форме ППР свидетельствует превышение уровня ФСГ над ЛГ на фоне введения люлиберина?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе).

85. При каком варианте ППР проводится МРТ головного мозга?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе).

86. При какой форме ППР проводится исследование надпочечников?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе).

87. При какой форме ППР проводится молекулярно-генетическое исследование?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе).

88. Молекулярно-генетическое исследование проводят у детей для подтверждения моногенных форм ППР к которым относят указанные заболевания, кроме:

А) с синдромом Мак-Кьюна-Олбрайта- Брайцева;

Б) с тестотоксикозом;

В) с врожденной дисфункцией коры надпочечников.

89. Для лечения всех вариантов гонадотропинзависимого ППР используют указанные препараты, кроме:

А) трипторелин;

Б) лейпрорелин;

В) бромкриптин.

90. Укажите дозу аналогов люлиберина (Диферелин) и лейпрорелина (Люкрин депо) в месяц у детей с массой тела менее 15 кг?

А) 1,875 мг;

Б) 3,75 мг.

91. Укажите дозу (Диферелин) и лейпрорелина (Люкрин депо) в месяц у детей с массой тела более 15 кг?

А) 1,875 мг;

Б) 3,75 мг.

92. До какого возраста осуществляется лечение гонадотропинзависимого (центрального, истинного) ППР у девочек аналогами люлиберина?

А) до 10-12 лет;

Б) до 13-15 лет;

В) до 16-18 лет.

93. До какого возраста осуществляется лечение гонадотропинзависимого (центрального, истинного) ППР у мальчиков аналогами люлиберина?

А) до 11-13 лет;

Б) до 14-16 лет;

В) до 18-20 лет.

94. У кого чаще встречается врожденный гипотиреоз?

А) у мальчиков;

Б) у девочек;

В) одинаково у обоих полов.

95. При каких условиях возможно нормальное умственное развитие у детей с врожденным гипотиреозом?

А) при начале лечения во внутриутробном периоде;

Б) при начале лечения в первый месяц жизни;

В) при начале лечения в первые 6 месяцев жизни;

Г) при начале лечения в первый год жизни.

96. Что происходит при первичном врожденном гипотиреозе?

А) снижается концентрация тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3), а уровень ТТГ повышается;

Б) снижается концентрация тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) и ТТГ.

97. К причинам первичного врожденного гипотиреоза относится все, кроме:

А) гипопитуитаризм;

Б) дистопия щитовидной железы;

В) дефект пероксидазной системы;

Г) дефект синтеза и транспорта тиреоглобулина.

98. К причинам первичного врожденного гипотиреоза относится все, кроме:

А) агенезия;

Б) гипогенезия;

В) изолированный дефицит синтеза ТТГ;

Г) нарушение дейодиназы йодтирозинов.

99. К причинам вторичного и третичного гипотиреоза относится все, кроме:

А) заболевание гипоталямуса и гипофиза;

Б) дистопия щитовидной железы

В) гипопитуитаризм;

Г) изолированный дефицит синтеза ТТГ

100. С какой частотой встречается спорадический врожденный гипотиреоз?

А) в 85% случаев;

Б) в 15% случаев.

**Вариант№10**

1. Укажите, как принимают левотироксин при вторичном гипотиреозе:

А) утром натощак, за 20 мин до еды, 1 раз в сутки;

Б) 2 раза в сутки (утром и вечером);

В) 3 раза в сутки (утром, в обед и вечером);

Г) на ночь.

2. Укажите, по какому гормону оценивается адекватность заместительной терапии при вторичном гипотиреозе:

А) по уровню ТТГ;

Б) по уровню Т4св. или Т4 общ.;

В) по уровню Т3св. или Т3 общ.;

Г) по всем указанным гормонам.

3. Каким препаратом проводится заместительная терапия вторичного гипокортицизма у пациентов с гипопитуитаризмом?

А) преднизолоном;

Б) дексаметазоном;

В) гидрокортизоном (кортефом);

Г) минералкортикоидом (кортинеффом).

4. Какая доза гидрокортизона (Кортефа) рекомендуется при вторичном гипокортицизме у пациентов с гипопитуитаризмом?

А) 2-3 мг/м2/сут;

Б) 10-12 мг/м2/сут;

В) 20-22 мг/м2/сут.

5. Адекватность заместительной терапии глюкокортикоидами при вторичном гипокортицизме у пациентов с гипопитуитаризмом оценивают по всему перечисленному, кроме:

А) по уровню кортизола в крови;

Б) по общему состоянию;

В) анализу темпов роста;

Г) по симптомам недостаточности или избытка глюкокортикоидов.

6. Жидкие формы гидрокортизон (Солу-кортеф, суспензия гидрокортизона, преднизолон для инъекций) используют во всех случаях, кроме:

А) криз надпочечниковой недостаточности;

Б) тяжелое интеркуррентное заболевание, рвота;

В) оперативное лечение;

Г) плановая заместительная терапия.

7. Все оперативные вмешательства у пациентов с вторичным гипокортицизмом проводят на фоне внутримышечного введения гидрокортизона, которое начинают (продолжите предложение):

А) за 24 часа до планируемой операции;

Б) за 12 часов до планируемой операции;

В) за 8 часов до планируемой операции;

Г) за 4 часа до планируемой операции.

8. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у девочек с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечаются хорошие показатели линейного роста?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

9. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у мальчиков с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечаются хорошие показатели линейного роста?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

10. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у девочек с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечаются неудовлетворительные показатели линейного роста (неадекватный рост)?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

11. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у мальчиков с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечают неудовлетворительные показатели линейного роста (неадекватный рост)?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

12. О какой форме ППР свидетельствует повышение ЛГ более 10 ЕД/л на фоне введения люлиберина (стимулированный уровень ЛГ)?

А) гонадотропинзависимой (центральной, истинной) форме;

Б) гонадотропиннезависимой (периферической, ложной) форме;

В) о неполной форме ППР (синдром изолированного телархе/адренархе)

13. Заместительную терапию гормоном роста прекращают при всех указанных условиях, кроме:

А) при закрытии зон роста;

Б) при скорости роста менее 2 см в год на фоне лечения;

В) при достижении социально приемлемого роста, сравнимого со средним ростом родителей;

Г) при достижении 18 лет.

14. После прекращения заместительной терапии гормоном роста по причинам закрытия зон роста, достижения социально приемлемого роста, но при сохранении подтвержденного СТГ-дефицита, какая доза гормона роста показана взрослым молодым пациентам?

А) 0,02 мг/кг/сут;

Б) 0,025 мг/кг/сут;

В) 0,033 мг/кг/сут;

Г) 0,05 мг/кг/сут.

15. После прекращения заместительной терапии гормоном роста по причинам закрытия зон роста, достижения социально приемлемого роста, но при сохранении подтвержденного СТГ-дефицита, какая средняя поддерживающая метаболическая доза гормона роста показана взрослым пациентам?

А) 0,0035 мг/кг/сут;

Б) 0,02 мг/кг/сут;

В) 0,033 мг/кг/сут;

Г) 0,05 мг/кг/сут.

16. Причинами высокорослости у детей является все, кроме:

А) гигантизм;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) синдром Беквита-Видемана;

Г) недостаточная секреция СТГ или РГ-ГР.

17. Причинами высокорослости у детей является все, кроме:

А) кариотип ХХY;

Б) кариотип 45Х0;

В) кариотип ХYY;

Г) кариотип ХYYY.

18. В план обследования пациента с высокорослостью входит все, кроме:

А) рентгенография кистей с лучезапястными суставами для определения костного возраста;

Б) определение базальных и стимулированных уровней ЛГ и ФСГ;

В) определение уровня вазопрессина;

Г) определение базального уровня СТГ и ИФР-1.

19. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: взрослый тип оволосения в виде треугольника, обращенного вершиной вниз, небольшое количество волос на внутренней поверхности бедра, зрелая грудь, выступает только сосок, контур между тканью молочной железы и ареолой сглажен:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

20. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: оволосение занимает всю область лобка, но отсутствует на внутренней поверхности бедер, ареола интенсивно окрашена, выступает в виде второго конуса над тканью молочной железы:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

21. В план обследования пациента с высокорослостью входит все, кроме:

А) кариотип;

Б) определение уровня тестостерона и эстрадиола, андростендиола;

В) оральный глюкозотолерантный тест;

Г) АКТГ.

22. Тактика ведения детей с высокорослостью включает все, кроме:

А) лечение высокими дозами тестостерона у подростков-мальчиков;

Б) лечение высокими дозами эстрогенов у подростков-девочек;

В) ранняя индукция пубертата у детей младшего возраста с помощью низких доз половых стероидов;

Г) лечение левотироксином.

23. Акромегалия и гигантизм возникают вследствие избыточной продукции (продолжите предложение):

А) АКТГ;

Б) ТТГ;

В) СТГ;

Г) пролактина.

24. Избыточная продукция гормона роста при акромегалии и гигантизме исходит из аденомы гипофиза и называется (продолжите предложение):

А) кортикостерома;

Б) соматотропинома;

В) альдостерома;

Г) инсулинома.

25. В патогенез акромегалии входит все перечисленное, кроме:

А) гипертрофия и гиперплазия всех тканей и органов;

Б) пролиферация соединительной ткани и склероз;

В) гиперфункция всех эндокринных органов;

Г) риск возникновение новообразований (доброкачественных и злокачественных) во всех органах.

26. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) увеличение надбровных дуг, скуловых костей, нижней челюсти, макроглоссия;

Б) утолщение кожи;

В) гипергидроз;

Г) артериальная гипотония.

27. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) постепенное нарастание клинической симптоматики;

Б) истончение кожи;

В) по мере прогрессирования заболевания дегенерация мышечных волокон;

Г) дилятационная миокардиодистрофия.

28. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) гипофизарная недостаточность;

Б) головные боли;

В) артериальная и внутричерепная гипертензия;

Г) гипогликемия.

29. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) синдром ночного апноэ;

Б) хиазмальный синдром;

В) гипоплазия сальных желез;

Г) симптоматический сахарный диабет.

30. Гиперпродукция ростовых факторов (ИФР-1 и др) при акромегалии является причиной наиболее частых заболеваний, кроме:

А) лейкоз;

Б) узловой или диффузный зоб;

В) аденоматозная гиперплазия надпочечников;

Г) фиброзно-кистозная мастопатия.

31. Что подразумевает оральный глюкозотолерантный тест у пациентов с подозрением на акромегалию?

А) исследование гормона роста исходно;

Б) исследование гормона роста через 30 мин после теста;

В) исследование гормона роста через 60 мин после теста;

Г) исследование гормона роста через 90 мин после теста;

Д) исследование гормона роста через 120 мин после теста;

Е) все выше перечисленное.

32. Как меняется уровень гормона роста при проведении орального глюкозотолерантного теста у здорового человека?

А) повышается;

Б) снижается;

В) не меняется.

33. Оральный глюкозотолерантный тест при подозрении на акромегалию показан во всех случаях, кроме:

А) есть клинические проявления акромегалии;

Б) умеренное повышение базального гормона роста;

В) нормальные показатели базального уровня гормона роста;

Г) значительное повышение базального уровня гормона роста.

34. В план обследования пациентов с акромегалией входит все, кроме:

А) исследование базального гормона роста;

Б) АДГ;

В) исследование уровня ИФР-1;

Г) МРТ головного мозга.

35. Гигантизм дифференцируют от всех заболеваний, кроме:

А) конституциональной высокорослости;

Б) синдрома Клайнфельтера;

В) синдрома Шерешевского-Тернера;

Г) первичного гипогонадизма.

36. К лечению акромегалии относится все, кроме:

А) лечение препаратами гидрокортизона;

Б) оперативное лечение;

В) аналоги соматостатина (окреотид, ланреотид);

Г) блокаторы рецепторов гормона роста (Пегвисомант).

37. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три этапа. На каком сроке проходит 1-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

38. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три

этапа. На каком сроке проходит 2-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

39. Процесс дифференцировки пола во внутриутробном периоде проходит в три этапа. На каком сроке проходит 3-й этап?

А) 1-7-я неделя;

Б) 7-10-я неделя;

В) 9-14-я неделя;

Г) 18-20-я неделя.

40. Что характерно для первого этапа дифференцировки пола во внутриутробном периоде?

А) формирование недифференцированных первичных гонад, вольфовых протоков, мюллеровых протоков, генитального бугорка, 2-х генитальных складок и валики;

Б) в результате экспрессии гена SRYна Y-хромосоме начинают дифференцироваться клетки Сертоли и Лейдига. При отсутствии этого гена (кариотипе 46XX) первичная гонада дифференцируется в яичники;

В) у плода мужского пола нарастает тестостерон до пубертатных значений и его метаболита дигидротестостерона, что приводит к формированию наружных половых органов (пениса, мошонки) и внутренних половых органов по мужскому типу, а выработка антимюллерова гормона приводит к регрессу мюллеровых протоков. У плода женского пола отсутствие антимюллерова гормона приводит к развитию мюллеровых производных: матки, труб, верхней части влагалища, а отсутствие тестостерона - к развитию женских половых органов (клитора, половых губ).

41. Как называется осложнение при сахарном диабете 1 типа, которое сопровождается поражением опорно-двигательного аппарата?

А) артроз;

Б) артрит;

В) остеопороз;

Г) хайропатия.

42. Для осложнения сахарного диабета 1 типа, хайропатии, характерно все указанное, кроме:

А) ведущее значение в развитии осложнения играет длительная гипергликемия;

Б) выявляют ограничение подвижности метакарпально-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пяти пальцев кистей рук;

В) процесс носит односторонний характер;

Г) выраженные контрактуры затрудняют проведение тонких ручных манипуляций.

43. Что характерно для II степени (умеренной) хайропатии?

А) нарушение объема движений в одном или двух проксимальных межфаланговых, одном больше суставе или только двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых суставов;

Б) нарушение объема движений в трех и более проксимальных межфаланговых суставах или двусторонним ограничением подвижности метакарпально-фаланговых и какого-нибудь большого сустава;

В) явная деформация кисти или сочетание ограниченной подвижности суставов кистей рук с поражением шейного отдела позвоночника.

44. К профилактике и лечению ограниченной подвижности суставов при сахарном диабете 1 типа относя все, кроме:

А) тщательный контроль метаболизма;

Б) лечебная физкультура;

В) физиотерапевтическое лечение;

Г) лечение глюкокортикоидами.

45. Как называется осложнение инсулинотерапии, при котором поражается кожа и подкожная клетчатка в местах введения инсулина?

А) некроз;

Б) пролежни;

В) липоидный некробиоз;

Г) липодистрофии.

46. Какая природа происхождения сахарного диабета 2 типа?

А) аутоиммунная;

Б) аутоиммунная + генетическая;

В) генетическая;

Г) генетическая + внешнесредовая.

47. Какой препарат используют для лечения при сахарном диабете 2 типа в состоянии кетоацидоза у детей?

А) метформин;

Б) инсулин;

В) тиазолидиндионы;

Г) ингибиторы глюкозидазы.

48. Какая длительность применения экзогенного инсулина при сахарном диабете 2 типа у детей?

А) не более 1 месяца;

Б) не более 3 месяцев;

В) не более 6 месяцев;

Г) до возраста 18 лет.

49. Какое лечение при сахарном диабете 2 типа при низкой эффективности метформина (у пациентов с нормальной массой тела)?

А) добавление к метформину производных сульфонилмочевины;

Б) замена метформина на тиазолидиндионы;

В) замена метформина на ингибиторы глюкозидазы;

Г) замена метформина на инсулинотерапию.

50. К преимуществам лечения метформина у детей и подростков с сахарным диабетом 2 типа относят все изложенное, кроме:

А) препарат высокоэффективен у большей части пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением;

Б) назначается при неясности диагноза;

В) лечение может нормализовать репродуктивную функцию у девушек с синдромом поликистозных яичников;

Г) относится к таблетированным сахаропонижающим препаратам.

51. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

52. К диагностическим критериям MODY диабета, относят все указанное, кроме:

А) моногенный аутосомно-доминантный тип наследования;

Б) пенетрантность 80-95%;

В) метаболический синдром не характерен;

Г) возраст начала 40-60 лет.

53. Какой подход к лечению MODY диабета в первые годы заболевания?

А) назначение только диеты;

Б) назначение пероральных сахароснижающих таблетированных препаратов + инсулина;

В) назначение инсулинотерапии;

Г) диета и /или назначение сахароснижающих таблетированных препаратов.

54. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) андростендион.

55. Какой белок, секретируемый жировой тканью, отражает массу жировой ткани и снижается при голодании?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

56. Какой протеин секретируется жировой тканью в наибольших количествах и снижается при ожирении и инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

57. Какой сигнальный полипептид, секретируемый жировой тканью, отражает связь диабета и ожирения за счет повышения инсулинорезистентности?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

58. Экспрессия какого адипоцитокина, секретируемого жировой тканью, возрастает со степенью ожирения и имеет сходные с инсулином свойства?

А) лептин;

Б) резистин;

В) адипонектин;

Г) висфатин.

59. Жировая ткань секретирует все указанные белки, кроме:

А) инсулин;

Б) висфатин;

В) фактор некроза опухоли (ФНО-альфа);

Г) интерлейкин-6 (ИЛ-6).

60. Адекватная заместительная терапия гипогонадизма влияет на все, кроме:

А) на прогноз фертильности;

Б) на улучшение самочувствия, повышение работоспособности и качества жизни;

В) на профилактику остеопороза;

Г) на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

61. Что называется преждевременным половым развитием у девочек?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

62. Что называется преждевременным половым развитием у мальчиков?

А) появление вторичных половы признаков до 7 лет;

Б) появление вторичных половы признаков до 8 лет;

В) появление вторичных половы признаков до 9 лет;

Г) появление вторичных половы признаков до 10 лет.

63. Гонадотропинзависимое ППР возникает вследствие всего, кроме:

А) гипоталамической гемартромы;

Б) объемного образования головного мозга;

В) органического поражения головного мозга;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

64. Гонадотропиннезависимое ППР у девочек возникает вследствие всего, кроме:

А) персистирующих фолликулярных кист;

Б) эстрогенпродуцирующих опухолей яичников или надпочечников;

В) арахноидальной кисты хиазмально-селлярной области и дна III желудочка;

Г) синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева.

65. Гонадотропиннезависимое ППР у мальчиков возникает вследствие всего,

кроме:

А) ХГЧ-секретирующей опухоли (герминомы);

Б) тестотоксикоза;

В) андрогенпродуцирующей опухоли яичек или надпочечников;

Г) органического поражения ЦНС.

66. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у девочек характерно все, кроме:

А) увеличение молочных желез;

Б) ускоряются темпы роста;

В) появляется оволосение;

Г) менархе не наступают.

67. Для гонадотропинзависимой (центрального генеза) формы ППР у мальчиков характерно все, кроме:

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) яички остаются маленькими;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

68. Какие клинические проявления у мальчиков при гонадотропиннезависимой (периферической) форме ППР?

А) отмечается увеличение размеров половых органов;

Б) не отмечается роста объема яичек;

В) ускоряются темпы роста;

Г) появляется оволосение.

69. Для гипоталамической гемартромы характерно все, кроме:

А) приступы насильственного смеха;

Б) агрессивность, снижение памяти и интеллекта;

В) ППР носит гонадотропиннезависимую (периферическую) форму;

Г) синдром несахарного диабета.

70. Для краниальных ХГЧ-секретирующих опухолей характерно все, кроме:

А) ППР носит гонадотропинзависимую (центрального генеза) форму;

Б) преобладают симптомы повышения внутричерепного давления;

В) зрительные нарушения;

Г) несахарный диабет, реже- СТГ-дефицит.

71. В каком возрасте начинать заместительную терапию половыми гормонами у мальчиков с гипопитуитаризмом если на фоне заместительной терапии гормоном роста отмечают неудовлетворительные показатели линейного роста (неадекватный рост)?

А) в 11-12 лет;

Б) в 12-13 лет;

В) в 12,5-13 лет;

Г) в 13,5-14 лет.

72. Заместительную терапию гормоном роста прекращают при всех указанных условиях, кроме:

А) при закрытии зон роста;

Б) при скорости роста менее 2 см в год на фоне лечения;

В) при достижении социально приемлемого роста, сравнимого со средним ростом родителей;

Г) при достижении 18 лет.

73. После прекращения заместительной терапии гормоном роста по причинам закрытия зон роста, достижения социально приемлемого роста, но при сохранении подтвержденного СТГ-дефицита, какая доза гормона роста показана взрослым молодым пациентам?

А) 0,02 мг/кг/сут;

Б) 0,025 мг/кг/сут;

В) 0,033 мг/кг/сут;

Г) 0,05 мг/кг/сут.

74. После прекращения заместительной терапии гормоном роста по причинам закрытия зон роста, достижения социально приемлемого роста, но при сохранении подтвержденного СТГ-дефицита, какая средняя поддерживающая метаболическая доза гормона роста показана взрослым пациентам?

А) 0,0035 мг/кг/сут;

Б) 0,02 мг/кг/сут;

В) 0,033 мг/кг/сут;

Г) 0,05 мг/кг/сут.

75. Причинами высокорослости у детей является все, кроме:

А) гигантизм;

Б) синдром Клайнфельтера;

В) синдром Беквита-Видемана;

Г) недостаточная секреция СТГ или РГ-ГР.

76. Причинами высокорослости у детей является все, кроме:

А) кариотип ХХY;

Б) кариотип 45Х0;

В) кариотип ХYY;

Г) кариотип ХYYY.

77. В план обследования пациента с высокорослостью входит все, кроме:

А) рентгенография кистей с лучезапястными суставами для определения костного возраста;

Б) определение базальных и стимулированных уровней ЛГ и ФСГ;

В) определение уровня вазопрессина;

Г) определение базального уровня СТГ и ИФР-1.

78. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: взрослый тип оволосения в виде треугольника, обращенного вершиной вниз, небольшое количество волос на внутренней поверхности бедра, зрелая грудь, выступает только сосок, контур между тканью молочной железы и ареолой сглажен:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

79. Укажите стадию пубертата по Таннер у девочки, если: оволосение занимает всю область лобка, но отсутствует на внутренней поверхности бедер, ареола интенсивно окрашена, выступает в виде второго конуса над тканью молочной железы:

А) I;

Б) II;

В) III;

Г) IV;

Д) V.

80. В план обследования пациента с высокорослостью входит все, кроме:

А) кариотип;

Б) определение уровня тестостерона и эстрадиола, андростендиола;

В) оральный глюкозотолерантный тест;

Г) АКТГ.

81. Тактика ведения детей с высокорослостью включает все, кроме:

А) лечение высокими дозами тестостерона у подростков-мальчиков;

Б) лечение высокими дозами эстрогенов у подростков-девочек;

В) ранняя индукция пубертата у детей младшего возраста с помощью низких доз половых стероидов;

Г) лечение левотироксином.

82. Акромегалия и гигантизм возникают вследствие избыточной продукции (продолжите предложение):

А) АКТГ;

Б) ТТГ;

В) СТГ;

Г) пролактина.

83. Избыточная продукция гормона роста при акромегалии и гигантизме исходит из аденомы гипофиза и называется (продолжите предложение):

А) кортикостерома;

Б) соматотропинома;

В) альдостерома;

Г) инсулинома.

84. В патогенез акромегалии входит все перечисленное, кроме:

А) гипертрофия и гиперплазия всех тканей и органов;

Б) пролиферация соединительной ткани и склероз;

В) гиперфункция всех эндокринных органов;

Г) риск возникновение новообразований (доброкачественных и злокачественных) во всех органах.

85. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) увеличение надбровных дуг, скуловых костей, нижней челюсти, макроглоссия;

Б) утолщение кожи;

В) гипергидроз;

Г) артериальная гипотония.

86. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) постепенное нарастание клинической симптоматики;

Б) истончение кожи;

В) по мере прогрессирования заболевания дегенерация мышечных волокон;

Г) дилятационная миокардиодистрофия.

87. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) гипофизарная недостаточность;

Б) головные боли;

В) артериальная и внутричерепная гипертензия;

Г) гипогликемия.

88. Для клинических проявлений акромегалии характерно все указанное, кроме:

А) синдром ночного апноэ;

Б) хиазмальный синдром;

В) гипоплазия сальных желез;

Г) симптоматический сахарный диабет.

88.Какой конечный рост следует ожидать у детей со ЗВУР?

А) 130-140см у женщин и 145-150см у мужчин;

Б) 145-150см у женщин и 155-160см у мужчин; В) 155-160см у женщин и 165-170см у мужчин;

Г) 165см у женщин и 175 и более см у мужчин.

89. Взрослые пациенты со ЗВУР имеют больший риск развития всех перечисленных заболеваний, кроме:

А) артериальная гипертензия;

Б) ишемическая болезнь сердца;

В) метаболический синдром;

Г) гипогонадизм.

90. Характерными особенностями ахондроплазии является все перечисленное, кроме:

А) средний рост мужчин 130 см, женщин 125 см;

Б) диспропорциональное телосложение: укорочение конечностей;

В) нависающий лоб, седловидный нос;

Г) крыловидные складки шеи.

91. Характерными особенностями гипохондроплазии является все перечисленное, кроме:

А) диспропорциональное телосложение, проявляющееся в пубертате;

Б) низкорослость;

В) поясничный лордоз;

Г) отставание в половом развитии.

92. Ахондроплазия это заболевание (продолжите предложение):

А) аутосомнно-рецессивное;

Б) аутосомно-доминантное;

В) спорадическое;

Г) аутосомно-доминантное и спорадическое.

93. Характерными особенностями гипохондроплазии является все перечисленное, кроме:

А) задержка роста, проявляющаяся до 3-4-х лет;

Б) конечный рост 130-150 см;

В) половое развитие не нарушено;

Г) отсутствие увеличения расстояния между отростками позвонков в поясничном отделе позвоночника L1-Lv, сужение расстояния между корнями дужек поясничных позвонков в каудальном направлении.

94. О чем свидетельствуют нормальные или высокие уровни СТГ и сниженные концентрации ИФР-1 у ребенка с выраженной низкорослостью?

А) о низкорослости в следствие ЗВУР;

Б) о низкорослости на фоне остеохондродисплазии;

В) о низкорослости на фоне синдрома Шерешевского-Тернера;

Г) о низкорослости на фоне синдрома Ларона.

95. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) относится все изложенное, кроме:

А) дефицит роста при рождении (рост 38-48 см при доношенной беременности);

Б) стеноз аорты;

В) катаракта;

Г) высокий уровень ИФР-1.

96. К проявлениям синдрома Ларона относится все изложенное, кроме:

А) высокий рост;

Б) нистагм;

В) укорочение фаланг пальцев, маленькие кисти и стопы;

Г) запавшая переносица, выступающий лоб, недоразвитие

нижней челюсти.

97. К проявлениям синдрома Ларона (резистентность к гормону роста на уровне тканей-мишеней) относится все изложенное, кроме:

А) преждевременное половое развитие;

Б) множественный кариес зубов;

В) истончение волос, медленный рост ногтей;

Г) конечный рост у мужчин - 119-142 см, у женщин - 108-136 см.

98. Укажите, есть ли эффект от лечения гормоном роста

при синдроме Ларона:

А) да, есть;

Б) нет, отсутствует.

99. Противопоказанием для лечения гормоном роста является все, кроме:

А) закрытые зоны роста;

Б)активные злокачественные новообразования или прогрессирующий рос интракраниальных опухолей;

В) концентрация базального и стимулированного СТГ менее 7 нг/мл;

Г) гиперчувствительность к составляющим препарата соматотропина или растворителя.

100. Укажите стандартную заместительную дозу соматотропина, используемую у детей с соматотропной недостаточностью:

А) менее 0,025 мг/кг/сут;

Б) 0,033 мг/кг/сут;

В) более 0,050мг/кг/сут.