

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ
Директор по учебной работе
А.А. Цыглин
26.06 2018 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Эндокринология
(наименование дисциплины)

Разработчик

Кафедра факультетской терапии
Наименование кафедры

Направление (специальность) подготовки

31.08.43 Нефрология

Код и наименование

Квалификация

Врач-нефролог

Уфа
2018

Цель и задачи ФОМ

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе ординатуры по специальности 31.08.43 Нефрология

Основной задачей ФОМ (ФОС) по программе ординатуры по специальности 31.08.43 Нефрология является проверка знаний, умений и владений обучающегося согласно матрице компетенций рассматриваемого направления подготовки.

Паспорт тестового материала по дисциплине Эндокринология

№	Наименование пункта	Значение
1.	Программа ординатуры по специальности	31.08.43 Нефрология
2.	Кафедра	Эндокринологии Факультетской терапии
3.	Авторы-разработчики	Моругова Т.В. Мирсаева Г.Х.
4.	Наименование дисциплины	Эндокринология
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	108/3
6.	Наименование папки	Оценочные средства
7.	Вид контроля	Промежуточный (зачет)
8.	Для специальностей	31.08.43 Нефрология
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	100
10.	Количество заданий при тестировании обучающегося	60
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
12.	Для оценки «отл» не менее	91
13.	Для оценки «хор» не менее	81
14.	Для оценки «удовл» не менее	71
15.	Время тестирования (в минутах)	60

1	ПАТОГЕНЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА СВЯЗАН 1)с абсолютной недостаточностью инсулина 2)с относительной недостаточностью инсулина 3)с развитием инсулинорезистентности 4)с секрецией биологически малоактивного инсулина	1	ПК 5
2	КРИТЕРИЙ НОРМОАЛЬБУМИНУРИИ СУТОЧНОЙ МОЧИ 1)до 10 мг/сут 2)до 30 мг/сут 3)от 30 до 300 мг/сут 4)до 350 мг/сут	2	ПК 5
3	Оцените результат анализа: белок в суточной моче – 20 мг/л, мочи – 1800 мл/сут 1)нормоальбуминурия А1 2)микроальбуминурия А2 3)протеинурия А3 4) А1, А2, А3	2	ПК 5
4	ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГЛИКЕМИЕЙ 14 ММОЛЬ/Л НЕОБХОДИМО 1) провести глюкозотолерантный тест 2) поставить на диспансерный учет с диагнозом сахарный диабет 3) повторить анализ крови на глюкозу 4) прекратить дальнейшее наблюдение	2	ПК 5
5	ИНСУЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ 1)СД 2 типа 2)СД 1 типа 3) гестационного СД 4) генетических форм СД (MODY и др.)	2	ПК 5
6	Диабетическая нефропатия III стадии характеризуется 1)транзиторная протеинурия 2)стабильная протеинурия 3)артериальная гипертензия 4) СКФ<15мл/мин	4	ПК 5
7	ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТФОРМИНА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ЛАКТОАЦИДОЗА 1)На фоне дыхательной недостаточности 2)При СКФ более 60 мл/мин 3)На фоне применения инсулина 4)При синдроме поликистозных яичников	1	ПК 6
8	ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ гликлазид и метформина гликлазид и глибенкламид Глибенкламинд и репаглинид Ингибиторы дипептидилпептидазы и агонисты ГПП1	1	ПК 6
9	ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ БОЛЬНЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ II Б СТ. 1)метформин 2)глюренорм (амарил) 3)глибенкламид (манинил) 4)инсулин	1	ПК 6
10	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ГЛИКЛАЗИДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1)повышении активности гликогенсинтетазы 2)повышении чувствительности к инсулину 3) уменьшении всасывания глюкозы в кишечнике 4)снижении секреции инсулина	1	ПК 6
11	БЕЗОПАСНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С СД2	2	ПК

	И ИБС ЯВЛЯЕТСЯ 1)глиуренорм 2)диабетон МВ 3)манинил 5 4)новоном		6
12	КОЛИЧЕСТВО ЕДИНИЦ ИНСУЛИНА, КОТОРОЕ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ БОЛЬНОМУ ПЕРЕД ЗАВТРАКОМ, ЕСЛИ В ТЕЧЕНИЕ ЗАВТРАКА ОН УПОТРЕБЛЯЕТ 60 Г УГЛЕВОДОВ, СОСТАВЛЯЕТ 1)10 ЕД 2) 8 ЕД 3)6 ЕД 4) 24 ЕД	1	ПК 6
13	БОЛЬНОМУ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ человеческий инсулин пероральные сахароснижающие препараты лекарственные травы гомеопатические препараты	1	ПК 6
14	ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА 1)манифестация заболевания преимущественно в пожилом возрасте 2) на морфологии выявляется инсулит 3) редко встречаются другие заболевания эндокринной системы 4) отягощенный наследственный анамнез по СД 1 типа	2	ПК 5
15	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПОКАЗАН ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ 1)ингибиторы АПФ 2)антагонисты кальция 3) бета-адреноблокаторы 4)мочегонные препараты	1	ПК 6
16	ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОБЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ: ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК – 6,7 ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА – 11,3 ММОЛЬ/Л, ОБСЛЕДУЕМОМУ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ 1)нарушение толерантности к глюкозе 2)нарушение гликемии натощак 3)сахарный диабет 4)здоров	3	ПК 5
17	ТЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БОЛЕЕ СВОЙСТВЕННО 1)высокая частота безболевого форм 2)замедленная динамика ЭКГ 3)высокая летальность 4)частое развитие сердечной недостаточности	3	ПК 5
18	КОЛИЧЕСТВО ГЛЮКОЗЫ НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ 1)50 г 2)75 г 3)100 г 4)200г	2	ПК 5
19	КРИТЕРИЕМ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЬБУМИНУРИЯ 1) менее 20 мг/сут 2)30 - 300 мг/сут 3)более 300 мг/сут 4)20-30 мг/сут	3	ПК 5
20	ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ ДИФFUЗНО ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ИМЕЮТ	3	ПК 5

	1) антитела к ТПО 2) антитела к ТГ 3) тиреостимулирующие антитела 4) повышение тиреокальцитонина		
21	ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА СЕКРЕЦИЯ ТТГ МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ 1) 1,5 мЕд/мл 2) 3,0 мЕд/мл 3) 6 мЕд/мл 4) 0,03 мЕд/мл	4	ПК 5
22	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1) деструкции фолликулярного эпителия 2) воздействию на аутоиммунный процесс в щитовидной железе 3) блокировании поступления йода в щитовидную железу 4) превращении Т4 в реверсивный Т3	1	ПК 6
23	ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ДУФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) прибавка в весе 2) похудение 3) сухость кожи 4) брадикардия	2	ПК 5
24	ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) потливость 2) сухость кожи 3) тахикардия 4) похудение	2	ПК 5
25	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА СОСТАВЛЯЕТ 1) 1-2 мес 2) 6-8 мес 3) 1-11 мес 4) 12-24 мес	4	ПК 6
26	НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА L-ТИРОКСИНА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА У ЛИЦ СТАРШЕ 65 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ 1) 12,5-25,5 мкг/сутки 2) 25 – 50 мкг/сутки 3) 50 – 70 мкг/сутки 4) 80-100 мкг/сутки	1	ПК 6
27	ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА, НАЗНАЧАЕМАЯ ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ СТРУМЭКТОМИИ СООТВЕТСТВУЕТ 1) 0,5 мкг/кг массы тела 2) 1,0 мкг/кг массы тела 3) 1,6 мкг/кг массы тела 4) 2,1 мкг/кг массы тела	3	ПК 6
28	В ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ 1) Левотироксин 2) Трийодтиронин 3) Тирозол 4) Анаприлин	1	ПК 6
29	В ЛЕЧЕНИИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО (ДИФFUЗНОГО ЭУТИРЕОИДНОГО) ЗОБА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1) глюкокортикоиды 2) левотироксин 3) трийодтиронин	4	ПК 6

	4) препараты йода		
30	РАСЧЕТНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА У ЛИЦ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 1) 0,9 мкг/кг массы тела 2) 1 мкг/кг массы тела 3) 1,5 мкг/кг массы тела 4) 2,0 мкг/кг массы тела	2	ПК 6
31	ПРЕПАРАТ, ОТНОСЯЩИЙСЯ К МИНЕРАЛОКОРТИКОИДАМ 1) кортизон ацетат 2) преднизолон 3) кортинефф 4) гидрокортизон	3	ПК 6
32	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВ 1) гиперпигментация слизистых и кожи 2) повышение артериального давления 3) гипергликемия 4) повышение массы тела	1	ПК 5
33	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА АКРОМЕГАЛИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ 1) определение гормона роста в крови 2) тест на толерантность к глюкозе с определением ИФР-1, СТГ 3) пробу с инсулином 4) дексаметазоновую пробу	2	ПК 5
34	В ГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО - КУШИНГА ИГРАЕТ РОЛЬ 1) снижение натрия плазмы 2) повышение чувствительности рецепторов к катехоламинам 3) повышение калия плазмы 4) снижение альдостерона крови	2	ПК 5
35	ГОРМОНОМ, КОТОРЫЙ ТОРМОЗИТ ЛИПОЛИЗ В ЖИРОВОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) катехоламин 2) гормон роста 3) инсулин 4) тиреоидный гормон		
36	ДЛЯ III СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ИМТ, РАВНЫЙ 1) 25-30 кг/м ² 2) 30-35 кг/м ² 3) 35-40 кг/м ² 4) более 40 кг/м ²		
37	ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИМТ) В НОРМЕ РАВЕН 1) 15-18,5 кг/м ² 2) 18,5-25 кг/м ² 3) 25-30 кг/м ² 4) 30-35 кг/м ²		
38	ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО 1) снижение уровня холестерина и триглицеридов 2) повышение липопротеидов высокой плотности 3) развитие гипоальдостеронизма 4) нарушение толерантности к углеводам		
39	ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ 1) глюкоза натощак более 6,1 ммоль/л капиллярной крови 2) глюкозурия 3) случайное определение гликемии в течение суток более 9 ммоль/л 4) жажда	1	ПК 5
40	ОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ 1) после 3-х дневного голодания	2	ПК 5

	<ul style="list-style-type: none"> 2) после 8-10-ти часового голодания 3) после завтрака 4) после 6-ти часового воздержания от приема пищи 		
41	<p>МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, ЕСЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) глюкоза натощак более 5,5 ммоль/л 2) глюкоза через час после приема 75 г глюкозы более 11 ммоль/л 3) глюкоза через 2 часа после приема 75 г глюкозы более 11,1 ммоль/л 4) глюкоза через 2 часа после приема 75 г глюкозы 9,5 ммоль/л 	4	ПК 5
42	<p>ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) глюкоза натощак более 6,1 ммоль/л капиллярной крови 6) глюкозурия 7) случайное определение гликемии в течение суток более 9 ммоль/л 8) жажда 	1	ПК 5
43	<p>ОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) после 3-х дневного голодания 6) после 8-10-ти часового голодания 7) после завтрака 8) после 6-ти часового воздержания от приема пищи 	2	ПК 5
44	<p>МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, ЕСЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) глюкоза натощак более 5,5 ммоль/л 6) глюкоза через час после приема 75 г глюкозы более 11 ммоль/л 7) глюкоза через 2 часа после приема 75 г глюкозы более 11,1 ммоль/л 8) глюкоза через 2 часа после приема 75 г глюкозы 9,5 ммоль/л 	4	ПК 5
45	<p>ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ИССЛЕДУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) микроальбуминурия 2) суточная протеинурия 3) мочевины 4) креатинин крови 	1	ПК 5
46	<p>ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) повышен 2) понижен 3) не изменен 4) нарушены циркадные суточные ритмы 	2	ПК 5
47	<p>ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ I СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) отеками 2) стабильной протеинурией 3) микроальбуминурией 4) артериальной гипертензией 	3	ПК 5
48	<p>ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипотония 2) артериальная гипертензия 3) гипергликемия 4) полиурия 	2	ПК 5
49	<p>РАЗВИТИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СВЯЗАНО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) со снижением секреции инсулина 2) повышением уровня катехоламинов 3) снижением выработки кортизола 4) снижением выработки альдостерона 	3	ПК 5
50	<p>АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРКАЗОЛИЛА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) агранулоцитоз 	1	ПК 6

	<ul style="list-style-type: none"> 2) беременность 3) аллергические реакции на йодистые препараты 4) тромбоцитоз 		
51	<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ СВЯЗАНЫ С ИЗМЕНЕНИЕМ ГОРМОНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) повышением инсулина 2) повышением катехоламинов 3) повышением глюкагона 4) повышением выработки кортикостероидов 	2	ПК 5
52	<p>СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ОРГАНИЗМА В ЙОДЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 50 мкг 2) 150 мкг 3) 200 мкг 4) 1000 мкг 	2	ПК 6
53	<p>КРИТЕРИЕМ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уровень ТТГ 2) медиана йодурии школьников менее 100мкг/л 3) экскреция йода с мочой у беременных 4) Уровень Т4 	2	ПК 6
54	<p>ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ 2 ТИПОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА, НЕФРОПАТИЕЙ III СТАДИИ, ХБП 3Б</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) манинил 2) глюренорм 3) диабетон 4) метформин 	2	ПК 6
55	<p>ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) повышение альдостерона плазмы 2) повышение ренина плазмы 3) повышение метанефринов плазмы 4) снижение адреналина плазмы 	3	ПК 5
56	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ТИРОКСИНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 1 мкг/кг тела 2) 1,6 мкг/ кг тела 3) 2,0 мкг/кг тела 4) 2,3 мкг/кг тела 	1	ПК 6
57	<p>ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ II СТЕПЕНИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 25 кг/м² 2) 32 кг/м² 3) 38 кг/м² 4) 43 кг/м² 	3	ПК 5
58	<p>ДЛЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) осмолярность мочи превышает осмолярность плазмы 2) осмолярность мочи равна осмолярности плазмы 3) осмолярность мочи ниже осмолярности плазмы 4) наблюдается задержка жидкости 	3	ПК 5
59	<p>ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ I СТЕПЕНИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 25 кг/м² 2) 32 кг/м² 3) 40 кг/м² 4) 45 кг/м² 	2	ПК 5
60	<p>ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ НЕХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гиперинсулинемия 2) гипоинсулинемия 3) гиперкортицизм 	2	ПК 5

	4) гипогонадизм		
61	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА 1) йодомарин 2) левотироксин 3) преднизолон 4) гликлазид	2	ПК 6
62	ДЛЯ СИНДРОМА ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНО 1) повышение тиреотропного гормона 2) повышение свободного тироксина 3) снижение свободного трийодтиронина 4) повышение тестостерона	2	ПК 5
63	ПРИ УРОВНЕ ГЛИКЕМИИ 6,0 ММОЛЬ/Л ПРИ ВЫВЕДЕНИИ БОЛЬНОГО ИЗ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕОБХОДИМО СРОЧНО ВВЕСТИ 1) 0,9% раствор хлорида натрия 2) 40% раствор глюкозы - 60 мл струйно 3) 0,45% раствор хлорида натрия внутривенно капельно 4) 2% раствора глюкозы капельно	2	ПК 6
64	ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ НА ЭКГ НАБЛЮДАЕТСЯ 1) Снижение сегмента ST 2) Увеличение амплитуды зубца T 3) Появление зубца U 4) Повышение сегмента ST	2	ПК 5
65	БОЛИ В МЫШЦАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1) Гипогликемической комы 2) Молочнокислой комы 3) Кетоацидотической комы 4) Гиперосмолярной комы	2	ПК 5
66	ПРИ УРОВНЕ ГЛИКЕМИИ 6,0 ММОЛЬ/Л ПРИ ВЫВЕДЕНИИ БОЛЬНОГО ИЗ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕОБХОДИМО СРОЧНО ВВЕСТИ 1) 0,9% раствор хлорида натрия 2) 40% раствор глюкозы - 60 мл струйно 3) 0,45% раствор хлорида натрия внутривенно капельно 4) 2% раствора глюкозы капельно	2	ПК 6
67	ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ НА ЭКГ НАБЛЮДАЕТСЯ 1) Снижение сегмента ST 2) Увеличение амплитуды зубца T 3) Появление зубца U 4) Повышение сегмента ST	2	ПК 5
68	БОЛИ В МЫШЦАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ 1) Гипогликемической комы 2) Молочнокислой комы 3) Кетоацидотической комы 4) Гиперосмолярной комы	2	ПК 5
69	НЕЦЕЛЕСООБРАЗНЫЕ КОМБИНАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ 1) антагонист кальция дегидропиридины+бета-адреноблокатор 2) ИАПФ+дихлотиазид 3) Антагонист кальция фенилалкиламинового ряда +бета-адреноблокатор 4) БРА+ Феноптин	3	ПК 6
70	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИАПФ 1) Снижение СКФ 2) Двухсторонний стеноз почечных артерий 3) Односторонний стеноз почечных артерий 4) Постинфарктный период	2	ПК 6
71	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	2	ПК

	<ul style="list-style-type: none"> 1) Анаприлин 2) Моксонидин 3) Дихлотиазид 4) Фуросемид 		6
72	<p>ДИУРЕТИК, НАЗНАЧАЕМЫЙ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХПН</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Верошпирон 2) Дихлотиазид 3) Фуросемид 4) Торасемид 	3	ПК 6
73	<p>ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ДАД У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 60-70 мм.рт.ст. 2) 70-80 мм.рт.ст. 3) 80-90 мм.рт.ст. 4) 70-90 мм.рт.ст. 	4	ПК 6
74	<p>ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НЕ ВКЛЮЧАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) электроэнцефалография 2) биотезиометрия 3) ультразвуковая доплерография 4) рентгенография стопы 	1	ПК 5
75	<p>ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ СТОПЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Реополиглюкин 2) Пентоксифилин 2% раствор – 5,0 внутривенно, капельно медленно, 250 мл 09% раствора натрия хлорида. 3) Сульфат магния 25% раствор – 10,0 внутривенно, струйно. 4) Вазопростан 60 мкг на 250 мл 0,95 раствора натрия хлорида 3-4 недели 	4	ПК 6
76	<p>ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ КУПИРУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) бета- блокаторами 2) нитратами 3) ингибиторами АПФ 4) альфа- адреноблокаторами 	4	ПК 5
77	<p>ПРЕПАРАТ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЙ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) метформин 2) глюренорм 3) глибенкламид 4) инсулин 	1	ПК 6
78	<p>В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) прекращение овариальной функции в менопаузе 2) снижение физической активности в возрасте старше 60 лет 3) снижение овариальной функции в течение жизни 4) генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани 	4	ПК 5
79	<p>СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИКАМЕНТОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) диуретики 2) препараты витамина Д 3) аспирин 4) антибактериальные препараты 	1	ПК 6
80	<p>БЕСПЛОДИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нарушением менструального цикла 2) галактореей 3) гирсутизмом 4) нарушением овуляции 	4	ПК 5

81	ОСОБЕННОСТЯМИ ИБС У БОЛЬНЫХ СД ЯВЛЯЮТСЯ 1) одинаковая частота развития у мужчин и у женщин 2) высокая частота безболевых форм 3) высокий риск «внезапной смерти» 4) все вышеперечисленное	4	ПК 5
82	УРОВЕНЬ СКФ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕТФОРМИНА 1) менее 45 мл/мин 2) менее 90 мл/мин 3) менее 60/мин 4) менее 70 мл/мин	1	ПК 5
83	ДЛЯ АНДРОСТЕРОМЫ ХАРАКТЕРНО 1) аменорея 2) гирсутизм 3) огрубение голоса 4) все вышеперечисленное	4	ПК 5
84	ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ГЛИКОГЕМОГЛОБИНА У ЖЕНЩИН С ДИАБЕТОМ СОСТАВЛЯЕТ 1) более 7% 2) менее 7% 3) от 6% и выше 4) не более 6%	4	ПК 5
85	СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИКАМЕНТОВ 5) диуретики 6) препараты витамина Д 7) аспирин 8) антибактериальные препараты	1	ПК 6
86	БЕСПЛОДИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 5) нарушением менструального цикла 6) галактореей 7) гирсутизмом 8) нарушением овуляции	4	ПК 5
87	ОСОБЕННОСТЯМИ ИБС У БОЛЬНЫХ СД ЯВЛЯЮТСЯ 5) одинаковая частота развития у мужчин и у женщин 6) высокая частота безболевых форм 7) высокий риск «внезапной смерти» 8) все вышеперечисленное	4	ПК 5
88	УРОВЕНЬ СКФ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕТФОРМИНА 5) менее 45 мл/мин 6) менее 90 мл/мин 7) менее 60/мин 8) менее 70 мл/мин	1	ПК 5
89	ДЛЯ АНДРОСТЕРОМЫ ХАРАКТЕРНО 5) аменорея 6) гирсутизм 7) огрубение голоса 8) все вышеперечисленное	4	ПК 5
90	ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ГЛИКОГЕМОГЛОБИНА У ЖЕНЩИН С ДИАБЕТОМ СОСТАВЛЯЕТ 5) более 7% 6) менее 7% 7) от 6% и выше 8) не более 6%	4	ПК 5

91	ФАКТОРАМИ РИСКА ГИПОГЛИКЕМИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) нарушенное распознавание гликемии 2) прием препаратов сульфонилмочевины 3) нарушение функции почек, печени 4) все вышеперечисленное	4	ПК 5
92	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СД 2 ТИПА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1) бигуаниды 2) ингибиторы ДПП-4 3) препараты сульфонилмочевины 4) агонисты ГПП-1	2	ПК 6
93	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОКАЗАН ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ 1) ингибиторы АПФ 2) антагонисты кальция 3) бета-адреноблокаторы 4) альфа-адреноблокаторы	1	ПК 6
94	СИМПТОМ ПОРАЖЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ СДС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1) синдром перемежающейся хромоты 2) горячая на ощупь стопа 3) боли в ногах при физической нагрузке 4) отсутствие пульса	2	ПК 5
95	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЧИНАЮТ 1) с введения 100-150 мг солу-кортефа внутривенно струйно 2) с назначения кортефа в дозировке 30 мг сублингвально 3) бикарбоната натрия 400 мл 4) инсулина короткого действия 20 ЕД	1	ПК 6
96	СУЩЕСТВУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1) желудочно-кишечная 2) сердечно-сосудистая 3) нервно-психическая 4) все вышеперечисленные	4	ПК 5
97	ПРИ ХПН ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ ВИТАМИНА Д 1) альфакальцидол 2) вигантол 3) этальфа 4) кальцитриол (рокальтрол)	4	ПК 6
98	ОЖИРЕНИЕ I СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СООТВЕТСТВУЮТ СТАНДАРТНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ 1) +1,0 2) +1,5 3) +2,5 4) +3,5	3	ПК 5
99	ПРЕПАРАТ, СНИЖАЮЩИЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ 1) ИАПФ 2) Блокаторы рецепторов к ангиотензину II 3) Альфа-блокаторы 4) Все вышеперечисленное	4	ПК 6
100	ПАЦИЕНТ С СУТОЧНЫМ ИНДЕКСОМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 8% ОТНОСИТСЯ В ГРУППУ 1) «нон-диппер» 2) «диппер» 3) «найт-пикер»	1	ПК 5

Ситуационная задача

№ компетенций	Текст названия компетенций
	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мужчина, 47 лет, обратился к врачу с жалобами на отечность лица, повышение веса.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ в течение 6 месяцев, однако, несмотря на проведение постоянной антигипертензивной терапии по рекомендации врачей, АД не снижается. Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает АГ; отец – 70 лет.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, сухие, бледные. Лицо пастозно. Язык с отпечатками зубов, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 56 уд.в мин., АД – 135/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Щитовидная железа I степени, эластичная, безболезненная.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 81 мкмоль/л.</p>
ПК-5	1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
	Диффузный зоб I степени, не исключается гипотиреоз средней тяжести. Гиперхолестеринемия.
	Диагноз поставлен верно.
	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень диффузного зоба, или неверно оценена степень тяжести гипотиреоза.
	Диагноз поставлен неверно.
	2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	Диагноз диффузный зоб I степени определен по наличию увеличения щитовидной железы I степени.

	Гипотиреоз средней тяжести предположен на основании повышения веса, сухости и бледности кожи, пастозности лица, наличия языка с отпечатками зубов, брадикардии, АГ, гиперхолестеринемии.
	Диагноз обоснован верно.
	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или гипотиреоза или Обоснование одной из нозологических форм или гипотиреоза дано неверно.
	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
	3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	Пациенту рекомендовано: проведение ЭКГ; исследование ТТГ, Т4 свободного, антител к тиреопероксидазе для оценки функции щитовидной железы и УЗ исследование для оценки степени увеличения щитовидной железы; консультация эндокринолога; липидограмма.
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или

	Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
ПК-6 ПК-8	4. Какие методы лечения Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
	Рациональное питание. Левотироксин после получения результатов ТТГ в стартовой дозе 25 мкг/сутки с повышением до эффективной.
	Выбрана верная группа препаратов, выбор правильно обоснован.
	Выбрана верная группа препаратов, однако выбор не обоснован.
	Ответ неверный: названы другая группа препаратов.
ПК-2	5. Дайте оценку результатов: ТТГ – 12,1 мк/Ме/мл, Т4 свободный – 7 пмоль/л, УЗИ щитовидной железы - объем 27 мл. Через 2 месяца регулярной терапии: левотироксин 100 мкг/сутки – АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., ЧСС – 70 ударов в минуту; глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТТГ – 2,9 мк/Ме/мл, Т4 свободный – 11 пмоль/л, Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
	Анализы подтверждают гипотиреоз, по Узи – зоб 1 ст (норма у мужчин до 25 мл). Через 2 месяца – гипотиреоз компенсирован. Продолжить прием левотироксин 100 мкг/сутки, контроль ТТГ через 6 мес, наблюдение эндокринолога.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.