

# Тесты с вариантами ответов по специальности «Детская эндокринология»

Купить тесты с ответами:  
[ekzamen-medik.ru/otvet/endokrinolog/](http://ekzamen-medik.ru/otvet/endokrinolog/)

## Оглавление

- [Рост](#)
- [Ожирение](#)
- [Гипогликемия](#)
- [Сахарный диабет](#)
- [Половое развитие](#)
- [Щитовидная железа](#)
- [Нейроэндокринология](#)
- [Кальций-фосфорный обмен](#)
- [Заболевания надпочечников](#)
- [Мультисистемные заболевания](#)
- [Общественное здоровье и здравоохранение](#)

## Рост

[Вернуться в начало](#)

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С КЛОНИДИНОМ ЗАБОР КРОВИ ПРОВОДЯТ ПО СХЕМЕ (В МИНУТАХ)**

- 1) 0, 15, 30, 45, 60
- 2) 0, 30, 60, 90, 150
- 3) 0, 60, 120, 240, 320
- 4) 0, 30, 60, 90, 120

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ \_\_\_\_\_ ММОЛЬ/Л ИЛИ СНИЖЕНИИ ЕЕ УРОВНЯ НА \_\_\_\_\_ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 3,0; 40
- 2)  $\leq$  3,0; 25
- 3)  $<$  2,5; 50

4) < 1,5; 30

**ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С**

- 1) инсулиновой гипогликемией
- 2) глюкагоном
- 3) клофелином
- 4) L-допой

**ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ, В СЛУЧАЕ РЕЗКОГО ПАДЕНИЯ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ (ДО ВЫРАЖЕННОГО ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ) СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ**

- 1) внутривенное введение глюкозы раствора 10%
- 2) подкожное введение кофеина раствора 10% или 20%
- 3) внутривенное введение NaCl раствора 0.9%
- 4) внутривенное введение аминофиллина раствора 2.4%

**ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОМ, РЕГУЛИРУЮЩИХ СЕКРЕЦИЮ ГОРМОНА РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, КОТОРАЯ**

- 1) повышает концентрацию СТГ в крови, что используется в СТГ-стимуляционных пробах
- 2) снижает концентрацию СТГ в крови, что используется в СТГ-стимуляционных пробах
- 3) снижает концентрацию СТГ в крови, однако это не используется в СТГ-стимуляционных пробах
- 4) повышает концентрацию СТГ в крови, однако это не используется в СТГ-стимуляционных пробах

**ОПТИМАЛЬНОЙ РАСЧЕТНОЙ РОСТОСТИМУЛИРУЮЩЕЙ ДОЗОЙ СОМАТРОПИНА ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ (МГ/КГ/СУТКИ)**

- 1) 0,05
- 2) 0,025
- 3) 0,033
- 4) 0,067

**ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СОМАТРОПИНА СМЕНА ИГЛ В ШПРИЦ-РУЧКЕ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ 1 РАЗ В**

- 1) 4 дня
- 2) 2 дня
- 3) день
- 4) 3 дня

**СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН**

- 1) повышает объема внеклеточной жидкости и способствует уменьшению отеков
- 2) снижает объем внеклеточной жидкости и вероятность появления отеков

- 3) повышает объем внеклеточной жидкости и вероятность появления отеков
- 4) снижает объем внеклеточной жидкости и способствует уменьшению отеков

### **МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ДОЗА СОМАТРОПИНА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/КГ/СУТКИ)**

- 1) 0,01-0,0033
- 2) 0,05-0,10
- 3) 0,033
- 4) 0,025

### **ПРИ РЕЗКОМ СНИЖЕНИИ ТЕМПОВ РОСТА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) СТГ-стимуляционной пробы
- 2) рентгенографии кистей
- 3) теста на генерацию ИФР-1
- 4) МРТ головного мозга

### **МАКСИМАЛЬНАЯ СЕКРЕЦИЯ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРОИСХОДИТ**

- 1) в утренние и вечерние часы
- 2) после физических нагрузок
- 3) в утренние часы
- 4) в ночное время

### **НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- 1) гипокалиемии
- 2) инсулинорезистентности
- 3) дислипидемии
- 4) гиперкальциемии

### **У РЕБЕНКА С НИЗКОРОСЛОТЬЮ, ПРИ НАЛИЧИИ ВРОЖДЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ПАТОЛОГИИ**

- 1) не показано проведение провокационных проб
- 2) показано проведение одной провокационной пробы
- 3) показано проведение двух провокационных проб
- 4) показано проведение одной провокационной пробы и МРТ головного мозга

### **МОНИТОРИНГ КОСТНОГО ВОЗРАСТА У ДОПУБЕРТАТНОГО РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОМАТРОПИН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ 1 РАЗ В**

- 1) 12 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 2 года
- 4) 4 года

### **СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН**

- 1) повышает утилизацию натрия клетками организма
- 2) стабилизирует уровень натрия в организме
- 3) повышает выделение натрия с мочой и снижает концентрацию натрия в

организме

4) снижает выделение натрия с мочой и задерживает натрий в организме

### **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ)**

- 1) 8
- 2) 12
- 3) 4
- 4) 38

### **ДЛЯ МОНИТОРИНГА БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ СОМАТОТРОПИНОМ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- 1) ИФР-1
- 2) ДГЕА-С
- 3) ФСГ и ЛГ
- 4) АКТГ

### **ТЕОРИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ГОРМОНА РОСТА НА ПРОДОЛЬНЫЙ РОСТ КОСТИ В ВИДЕ «ДВОЙНОГО ЭФФЕКТОРА» ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- 1) двухфазном влиянии гормона роста на костную ткань – дифференцировку и созревание хондроцитов
- 2) исключительно двойном опосредованном влиянии гормона роста на костную ткань путем локального и печеночного синтеза ИФР-1
- 3) двухступенчатом влиянии гормона роста на костную ткань – на клетки и на матрикс
- 4) совокупном влиянии гормона роста на костную ткань: напрямую и опосредованно – через ИФР-1

### **У МАЛЬЧИКОВ С СИНДРОМОМ НУНАН МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ**

- 1) гипоспадия
- 2) дисгенезия гонад
- 3) макроорхидизм
- 4) крипторхизм

### **ПАРЦИАЛЬНЫЙ СТГ-ДЕФИЦИТ ДИАГНОСТИРУЮТ, ЕСЛИ МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТГ НА СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЕ (В НГ/МЛ)**

- 1) > 3.0, но < 7.0
- 2) > 5.0, но < 10.0
- 3) > 3.0, но < 5.0
- 4) > 7.0, но < 10.0

### **У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ВОЗМОЖНО ТРАНЗИТОРНОЕ СНИЖЕНИЕ**

- 1) кортизола
- 2) паратгормона

- 3) пролактина
- 4) тиреоглобулина

### **НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ РЕБЕНКУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- 1) увеличить время физической нагрузки
- 2) уменьшить интенсивность физической нагрузки
- 3) объем физической нагрузки оставить прежним
- 4) увеличить интенсивность физической нагрузки

### **ДЛЯ ОЦЕНКИ СООТВЕТСТВИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РОСТА РЕБЕНКА РЕФЕРЕНСНЫМ ЗНАЧЕНИЯМ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА И ПОЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ**

- 1) целевой рост
- 2) коэффициент «верхний сегмент/ нижний сегмент»
- 3) скорость роста
- 4) коэффициент стандартного отклонения

### **ВОЗРАСТНЫМ ПЕРИОДОМ ЧЕЛОВЕКА, В ПРОЦЕССЕ КОТОРОГО УРОВЕНЬ ПРОДУКЦИИ ГОРМОНА РОСТА ДОСТИГАЕТ МАКСИМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) пубертат
- 2) климакс
- 3) допубертатный период
- 4) старость

### **СИНДРОМ ААРСКОГО — СКОТТА У ДЕВОЧЕК**

- 1) проявляется задержкой роста и костными деформациями
- 2) проявляется задержкой роста и полового развития
- 3) проявляется задержкой роста и ранним пубертатом
- 4) не встречается ввиду типа наследования

### **ОСНОВНЫМ ЭФФЕКТОРОМ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) соматостатин
- 2) соматотропин- рилизинг - гормон
- 3) ИФР-связывающий белок-3
- 4) ИФР-1

### **ШИРОКИЕ И КОРОТКИЕ ПАЛЬЦЫ, КИСТЬ В ВИДЕ «ТРЕЗУБЦА» ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ**

- 1) патологии SHOX гена
- 2) гипохондроплазии
- 3) ахондроплазии
- 4) несовершенного остеогенеза

### **АЦИДОФИЛЬНЫЕ КЛЕТКИ АДНОГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЮТ**

- 1) АКТГ и гонадотропины

- 2) ФСГ и ЛГ
- 3) ТТГ и АКТГ
- 4) СТГ и пролактин

**ФОРМУЛА (РОСТ ОТЦА + РОСТ МАТЕРИ – 13СМ)/2 +/- 7СМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА**

- 1) конечного роста девочек
- 2) прогнозируемого роста ребенка вне зависимости от пола
- 3) целевого роста мальчиков
- 4) целевого роста девочек

**МР- НАХОДКОЙ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ СТГ-ДЕФИЦИТА НА ФОНЕ ДЕФЕКТА PROP-1 ГЕНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперплазия гипофиза
- 2) врожденный дефект гипоталамо-гипофизарной области («триада»)
- 3) истончение воронки гипофиза
- 4) наличие «пустого» турецкого седла

**НА ФОНЕ ПРОВОКАЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ ВО ВСЕХ ВРЕМЕННЫХ ТОЧКАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- 1) тестостерона
- 2) пролактина
- 3) АКТГ
- 4) кортизола

**ПРИ ПРИМЕНЕНИИ SS-ЭСТРАДИОЛА У ДЕВОЧЕК СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ЕГО ПРИЕМА НА**

- 1) следующие сутки
- 2) 5-7 сутки
- 3) утро 3-го дня
- 4) 8-е сутки

**НИЗКИЙ КОНЕЧНЫЙ РОСТ ЖЕНЩИН В СРАВНЕНИИ С МУЖЧИНАМИ ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) более низкой скоростью роста в постнатальном и пубертатном периодах
- 2) поздним началом пубертата и более высоким ростовым скачком
- 3) ранним началом пубертата и более низким ростовым скачком
- 4) меньшими ростовыми и весовыми показателями тела при рождении

**У ДЕВОЧЕК ВОЛЮМЕТРИЧЕСКАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ ПРОДОЛЖАЕТ УВЕЛИЧИВАТЬСЯ, В ТО ВРЕМЯ КАК ЛИНЕЙНЫЙ РОСТ ПОСТЕПЕННО ПРЕКРАЩАЕТСЯ, В ПЕРИОД**

- 1) раннего постнатального развития
- 2) непосредственно до менархе
- 3) после менархе
- 4) раннего детства

## **С ЦЕЛЬЮ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГИПОКОРТИЦИЗМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ ИССЛЕДУЮТ УРОВЕНЬ**

- 1) пролактина
- 2) гонадотропинов
- 3) АКТГ
- 4) кортизола

## **ПОМИМО ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ, ГИПОГЛИКЕМИИ ОТМЕЧАЮТСЯ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С**

- 1) дексаметазоном
- 2) клонидином
- 3) глюкагоном
- 4) леводопой

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СОМАТРОПИНА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- 1) первичного гипогонадизма
- 2) активной аденомы гипофиза
- 3) вторичного гипокортицизма
- 4) деформации Маделунга

## **ОСНОВНАЯ СЕКРЕЦИЯ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРОИСХОДИТ**

- 1) в утренние часы
- 2) в ночное время
- 3) после физических нагрузок
- 4) в утренние и вечерние часы

## **НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- 1) эпифизеолиза головки бедренной кости
- 2) деформации Маделунга
- 3) абдоминального ожирения
- 4) выраженной дислипидемии

## **К ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕФОРМАЦИИ МАДЕЛУНГА ОТНОСЯТ**

- 1) уменьшение размеров большого затылочного отверстия
- 2) выраженный поясничный лордоз
- 3) укорочение и утолщение пальцев, кисть в виде «трезубца»
- 4) искривление укороченной лучевой кости, подвывих лучезапястного сустава, укорочение пястных костей

## **У РЕБЕНКА С ВЫРАЖЕННОЙ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ (SDS роста: < -3) СТГ-ДЕФИЦИТ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ НА ОСНОВАНИИ ОДНОЙ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) травмы головы в анамнезе

- 2) низко-нормального уровня ИФР-1
- 3) дополнительно одной и более тропной недостаточности
- 4) низкорослых родственников

### **У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА (СТГ) НАБЛЮДАЮТ**

- 1) макрогнатию
- 2) низкое расположение ушей
- 3) горбинку на переносице
- 4) кукольное лицо

### **ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) индекс массы тела
- 2) соотношение сегментов
- 3) костный возраст
- 4) скорость роста

### **ТОШНОТА, РВОТА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С**

- 1) инсулином
- 2) диферелином
- 3) глюкагоном
- 4) клонидином

### **ЗАПОДОЗРИТЬ СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА У НОВОРОЖДЕННОЙ ДЕВОЧКИ МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ У НЕЁ**

- 1) непропорционального телосложения
- 2) выраженной гипотонии
- 3) лимфатического отека кистей и стоп
- 4) маленьких показателей длины и массы тела при рождении

### **ТЕРАПИЯ СОМАТРОПИНОМ КРАЙНЕ МАЛОЭФФЕКТИВНА ПРИ**

- 1) синдроме Нунан
- 2) синдроме Прадера-Вилли
- 3) ахондроплазии
- 4) синдроме Сильвера-Рассела

### **РЕЗУЛЬТАТЫ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ АДЕКВАТНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ \_\_\_\_\_ ММОЛЬ/Л ИЛИ СНИЖЕНИИ ЕЕ УРОВНЯ НА \_\_\_\_\_% ОТ ИСХОДНОГО**

- 1) менее 2,0; 60
- 2) менее 2,5; 50
- 3) менее 4,0; 20
- 4) равной 3,5; 30

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕ**

## **ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- 1) костно-хрящевых дисплазий
- 2) синдромальной низкорослости
- 3) сахарного диабета в состоянии компенсации
- 4) первичного гипотиреоза в состоянии декомпенсации

## **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) коарктация аорты
- 2) тетрада Фалло
- 3) стеноз легочной артерии
- 4) дефект межжелудочковой перегородки

## **СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕСТЫ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

- 1) через 3 часа после приема пищи
- 2) после 8-часового ночного голодания
- 3) после 16-часового голодания
- 4) через 2 часа после приема пищи

## **БРАДИКАРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С**

- 1) клонидином
- 2) глюкагоном
- 3) инсулином
- 4) леводопой

## **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА ДОСТАТОЧНО ПРОВЕДЕНИЯ ОДНОЙ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) сочетания: выраженная низкорослость (SDS роста < -3) + как минимум одна (помимо СТГ) тропная недостаточность
- 2) сочетания: нормальный уровень ИФР-1 + краниофарингиома в анамнезе
- 3) низкорослость + доказанная молекулярно-генетическая основа гипопитуитаризма
- 4) низкорослость + «гипоплазия гипофиза» по данным МРТ

## **В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЕВ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ СТГ-ДЕФИЦИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОЦЕНКА**

- 1) уровня ИФР-1
- 2) уровня СТГ
- 3) скорости роста
- 4) уровня кортизола

## **У ДЕВОЧЕК С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА $\beta$ -ЭСТРАДИОЛА НА**

- 1) следующие сутки
- 2) 5-7 сутки

- 3) утро 3 дня
- 4) 8 сутки

**ДИАГНОЗ «ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ» ПО ДАННЫМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА МЕНЕЕ (НМОЛЬ/Л)**

- 1) 700
- 2) 100
- 3) 300
- 4) 500

**ЗДОРОВЫЙ ДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК**

- 1) имеет оссифицированные дистальный эпифиз большой берцовой кости и проксимальный эпифиз малой берцовой кости
- 2) не имеет оссифицированных участков скелета
- 3) имеет от одной до трех точек оссификации в костях кистей рук
- 4) может иметь сесамовидные кости, но не имеет гороховидной кости

**ДЕВОЧКАМ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА» НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ**

- 1) врача-психиатра
- 2) врача-отоларинголога
- 3) врача-физиотерапевта
- 4) врача-хирурга

**ПРИ НАЛИЧИИ ТАКИХ ПРИЗНАКОВ КАК ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, ЗАДЕРЖКА РОСТА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, МИКРОЦЕФАЛИЯ, СРОСШИЕСЯ БРОВИ, КОСОГЛАЗИЕ, ГИПЕРТРИХОЗ, УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ, У РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ**

- 1) синдром Секкеля
- 2) синдром Дауна
- 3) синдром Корнелии де Ланге
- 4) врожденный гипотиреоз

**ИНИЦИАЦИЯ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ КОСТНОМ ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)**

- 1) 12
- 2) 11
- 3) 10
- 4) 14

**ЧАСТОТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ НУНАН ПО СРАВНЕНИЮ С ПОПУЛЯЦИЕЙ**

- 1) повышена

- 2) сопоставима
- 3) снижена
- 4) неизвестна

**«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С**

- 1) клонидином
- 2) инсулином
- 3) глюкагоном
- 4) леводопой

**ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С L-ДОПОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипотензия
- 2) тошнота
- 3) сонливость
- 4) гипогликемия

**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дексаметазон
- 2) инсулин
- 3) синактен
- 4) десмопрессин

**У ВЗРОСЛЫХ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С**

- 1) глюкагоном
- 2) клофелином
- 3) инсулиновой гипогликемией
- 4) L-ДОПОЙ

**РИСК РАЗВИТИЯ ГОНАДОБЛАСТОМЫ У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО — ТЕРНЕРА ПРИСУТСТВУЕТ ПРИ КАРИОТИПЕ**

- 1) 45X/46XX
- 2) 46X,Xr
- 3) 45X/46X,Xp
- 4) 45X/46XY

**ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ**

- 1)  $< -2.0 SD$
- 2)  $< -0.5 SD$
- 3)  $< -1.5 SD$
- 4)  $< -2.5 SD$

**У ДЕВОЧЕК К 16 ГОДАМ, У МАЛЬЧИКОВ К 17 ГОДАМ ДОСТИГАЕТ МАКСИМУМА СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ МАССЫ**

- 1) мышечной ткани
- 2) костной ткани
- 3) ткани головного мозга
- 4) жировой ткани

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ, ПОМИМО СТГ-ДЕФИЦИТА МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НАЛИЧИЕ**

- 1) гипогонадизма
- 2) гипокортицизма
- 3) несахарного диабета
- 4) гипопролактинемии

**ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КИСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ СИЛЬВЕРА-РАССЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) синдактилия III и IV пальца
- 2) брахидактилия
- 3) полидактилия
- 4) клинодактилия мизинцев

**ЗА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЛАРОНА ОТВЕЧАЕТ ГЕН**

- 1) LHX3
- 2) HESN1
- 3) GH1
- 4) GHR

**ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ СИНДРОМА ЛАРОНА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) низкий СТГ и высокий ИФР1
- 2) высокий СТГ и низкий ИФР1
- 3) низкий СТГ и низкий ИФР1
- 4) высокий СТГ и высокий ИФР1

**БОЛЕЕ НИЗКИЙ КОНЕЧНЫЙ РОСТ У ЖЕНЩИН В СРАВНЕНИИ С МУЖЧИНАМИ ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) поздним началом пубертата
- 2) ранним началом пубертата и более низким скачком роста
- 3) снижением концентрации СТГ в крови вследствие конкурентного воздействия половых гормонов
- 4) отсутствием скачка роста в пубертатном периоде

**ПОДАВЛЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ УТИЛИЗАЦИИ ГЛЮКОЗЫ ОТНОСИТСЯ К**

- 1) энергосберегающим эффектам гормона роста
- 2) липолитическим эффектам гормона роста

- 3) контринсулярным эффектам гормона роста
- 4) проинсулярным эффектам гормона роста

### **ПУБЕРТАТНЫЙ СКАЧОК РОСТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ В СРЕДНЕМ**

- 1) 1 год у девочек и 3 года у мальчиков
- 2) 1 год у девочек и у мальчиков
- 3) 2 года у девочек и у мальчиков
- 4) 3 года у девочек и у мальчиков

### **ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ КАК ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, МИКРОЦЕФАЛИЯ, КЛЮВОПОДОБНЫЙ НОС, УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ, У РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ СИНДРОМ**

- 1) Ларона
- 2) Корнелии де Ланге
- 3) Сильвера-Рассела
- 4) Секкеля

### **В ИСХОДЕ КРАНИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) первичный гипогонадизм
- 2) несахарный диабет
- 3) первичный гипокортицизм
- 4) СТГ-дефицит

### **ПРИ НАЛИЧИИ ХАРАКТЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАНИЙ ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОВОКАЦИОННОЙ ПРОБЫ С**

- 1) L-ДОПОЙ
- 2) инсулиновой гипогликемией
- 3) клофелином
- 4) глюкагоном

### **МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ МЕНАРХЕ**

- 1) продолжает увеличиваться, в то время как линейный рост постепенно прекращается
- 2) продолжает увеличиваться совместно с началом пубертатного скачка роста
- 3) постепенно перестает увеличиваться, в то время как пубертатный скачок роста только начинается
- 4) постепенно перестает увеличиваться, совместно с постепенным прекращением линейного роста

### **У МАЛЬЧИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИИ СМЕСИ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА НА \_\_\_\_\_ СУТКИ**

- 1) 3
- 2) 5-7

- 3) следующие
- 4) 2

**РИСК РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО — ТЕРНЕРА**

- 1) выше, чем в популяции
- 2) сопоставим с популяцией
- 3) ниже, чем в популяции
- 4) отсутствует

**ВЫРАЖЕННЫЙ ПОЯСНИЧНЫЙ ЛОРДОЗ, «УТИНАЯ» ПОХОДКА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ**

- 1) гипохондроплазии
- 2) ахондроплазии
- 3) патологии SHOX гена
- 4) несовершенного остеогенеза

**ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НИЗКОРОСЛОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) реактивный панкреатит
- 2) дисфункцию желчевыводящих путей
- 3) целиакию
- 4) хронический гастрит

**ПРИ МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ СОМАТРОПИН, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТРОЛЬ**

- 1) липидного спектра
- 2) углеводного обмена
- 3) электролитного баланса
- 4) стероидного профиля

**В 6-8 ЛЕТ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ НЕБОЛЬШОЙ СКАЧОК РОСТА, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- 1) адренархе у всех детей
- 2) адренархе только у мальчиков
- 3) адренархе только у девочек
- 4) мини-пубертата у всех детей

**СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ЗАБОР КРОВИ В \_\_\_\_\_ ВРЕМЕННЫХ ТОЧКАХ**

- 1) 5
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 6

**ЦЕЛЕВОЙ РОСТА МАЛЬЧИКОВ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ**

- 1)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} - 12 \text{ см})/2 \pm 5 \text{ см}$
- 2)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} + 13 \text{ см})/2 \pm 7 \text{ см}$
- 3)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} - 11 \text{ см})/2 \pm 5 \text{ см}$
- 4)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} + 10 \text{ см})/2 \pm 7 \text{ см}$

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- 1) инсулин
- 2) дексаметазон
- 3) десмопрессин
- 4) бусерелин

**ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА, ПОЛИУРИИ, ПОЛИДИПСИИ И ГИПОКАЛИЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ СИНДРОМ**

- 1) Коккейна
- 2) Алажиля
- 3) Бартера
- 4) Блума

**ОЦЕНКА КОСТНОГО ВОЗРАСТА ПРОВОДИТСЯ С УЧЕТОМ**

- 1) пола и стадии пубертата
- 2) пола, возраста и стадии пубертата
- 3) возраста
- 4) пола

**ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЧАЩЕ, ЧЕМ В ПОПУЛЯЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- 1) болезнь Грейвса
- 2) надпочечниковая недостаточность
- 3) аутоимунный тиреоидит
- 4) несахарный диабет

**БОЛЬШАЯ ГОЛОВА, НАВИСАЮЩИЙ ЛОБ, СЕДЛОВИДНЫЙ НОС ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ**

- 1) ахондроплазии
- 2) гипохондроплазии
- 3) несовершенного остеогенеза
- 4) спондилоэпифизарной дисплазии

**НИЗКОРОСЛОСТЬ, СТЕНОЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И КРИПТОРХИЗМ У МАЛЬЧИКА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Вильямса
- 2) Нунан
- 3) Марфана
- 4) Ларона

## **СМЕСЬ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА У МАЛЬЧИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ ВВОДИТСЯ**

- 1) внутримышечно
- 2) внутривенно
- 3) подкожно
- 4) внутрь

## **ПУБЕРТАТНЫЙ ПИК СЕКРЕЦИИ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) в начале пубертата вне зависимости от пола
- 2) во время первых менструаций у девочек и в самом конце пубертата у мальчиков
- 3) на стадии Tanner 2 вне зависимости от пола
- 4) на стадии Tanner 4 у мальчиков, на стадии Tanner 3-4 у девочек

## **ГИПОГЛИКЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ СЕКРЕЦИЮ**

- 1) паратгормона
- 2) гормона роста
- 3) эстрогена
- 4) ТТГ

## **ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, ЛЕЧЕНИЕ**

- 1) временно прекращают до полной нормализации картины глазного дна с последующим возобновлением, начиная с маленьких доз
- 2) временно прекращают до уменьшения отека с последующим возобновлением, начиная с маленьких доз
- 3) прекращают и больше к нему не возвращаются
- 4) продолжают под прикрытием мочегонных препаратов

## **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ ЛЕВОДОПА ВВОДИТСЯ**

- 1) внутримышечно
- 2) подкожно
- 3) внутривенно
- 4) перорально

## **ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА ВЫРАЖЕННОЙ НИЗКОРОСЛОСТИ ( $SDS$ РОСТА $< -3$ ) И КАК МИНИМУМ ОДНОЙ ТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ПОМИМО СТГ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА**

- 1) проведение стимуляционных проб не требуется
- 2) необходимо проведение молекулярно-генетического исследования
- 3) необходимо проведение 2 стимуляционных проб
- 4) необходимо проведение 1 стимуляционной пробы

## **КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) рождением с нормальными показателями длины и массы тела, низкой скоростью роста с рождения, ускоренным половым развитием, достижением конечного роста

ниже генетически прогнозируемого

- 2) выраженной задержкой внутриутробного развития, рождением с низкими показателями длины и массы тела, прогрессирующим нарастанием отставания в росте
- 3) задержкой пубертата, задержкой пубертатного ускорения в росте и достижением конечного роста, сопоставимого с генетически прогнозируемым
- 4) рождением с нормальными показателями длины и массы тела, низкой скоростью роста с рождения, достижением конечного роста ниже генетически прогнозируемого

### **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА ПЕРВОЙ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЕ ПИКА ВЫБРОСА СТГ > 10.0 НГ/МЛ ВТОРАЯ ПРОБА**

- 1) не проводится
- 2) проводится с другим фармакологическим стимулятором
- 3) проводится не ранее, чем через 48 часов после первой
- 4) проводится после кратковременного приема половых стероидов

### **ИНИЦИАЦИЯ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА РЕКОМЕНДОВАНА В ВОЗРАСТЕ \_\_\_\_\_ ЛЕТ**

- 1) 14
- 2) 15
- 3) 13
- 4) 12

### **МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ РОСТА ВО ВРЕМЯ ПУБЕРТАТНОГО СКАЧКА СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 10 см/год вне зависимости от пола
- 2) 6-8 см/год вне зависимости от пола
- 3) 6 см/год у девочек и 12 см/год у мальчиков
- 4) 8-12 см/год у девочек, 10-15 см /год у мальчиков

### **ТЕРАПИЯ СОМАТРОПИНОМ ПРИ СИНДРОМЕ СИЛЬВЕРА-РАССЕЛА**

- 1) неэффективна
- 2) противопоказана
- 3) умеренно эффективна
- 4) малоэффективна

### **ТЕСТ НА ГЕНЕРАЦИЮ ИФР1 ПРОВОДЯТ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ**

- 1) Секкеля
- 2) Сильвера-Рассела
- 3) Шерешевского-Тернера
- 4) Ларона

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СТРУКТУР И ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, ПРИБЛИЖЕНИЕ ИХ К ТАКОВЫМ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА, СООТВЕТСТВУЕТ**

## **ПОНЯТИЮ**

- 1) формообразования
- 2) полового развития
- 3) роста
- 4) созревания

## **У ДЕТЕЙ ОБОЕГО ПОЛА ВОЛЮМЕТРИЧЕСКАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ ПРОДОЛЖАЕТ УВЕЛИЧИВАТЬСЯ, В ТО ВРЕМЯ КАК ЛИНЕЙНЫЙ РОСТ ПОСТЕПЕННО ПРЕКРАЩАЕТСЯ, В ПЕРИОД**

- 1) позднего детства
- 2) позднего пубертата
- 3) поздний постнатальный
- 4) раннего постнатального развития

## **ИФР-1 СИНТЕЗИРУЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГОРМОНА РОСТА В БОЛЬШЕМ КОЛИЧЕСТВЕ В**

- 1) почках
- 2) печени
- 3) костной ткани
- 4) мышцах

## **БОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СОЗРЕВАНИЯ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА СЧИТАЕТСЯ**

- 1) скелетное созревание (костный возраст)
- 2) хронологический возраст
- 3) статус полового созревания
- 4) статус интеллектуального развития

## **ИФР-1 ПОДАВЛЯЕТ СЕКРЕЦИЮ СТГ ПО ПРИНЦИПУ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ДЕЙСТВУЯ НА УРОВНЕ**

- 1) гипофиза, гипоталамуса и печени
- 2) только гипофиза
- 3) гипофиза и гипоталамуса
- 4) только гипоталамуса

## **МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ РОСТА ВО ВРЕМЯ ПУБЕРТАТА В СРЕДНЕМ НАБЛЮДАЕТСЯ В**

- 1) 9,5-10 лет у девочек и в 10-11 лет у мальчиков
- 2) 11,5-12 лет у девочек и в 13-14 лет у мальчиков
- 3) 13-15 лет вне зависимости от пола
- 4) 10-12 лет вне зависимости от пола подростка

## **ПРИ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ**

- 1) 50% от дозы, рассчитанной по весу
- 2) 60% от дозы, рассчитанной по весу

- 3) 75% от дозы, рассчитанной по весу
- 4) дозу, рассчитанную по весу

### **В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА САМАЯ СИЛЬНАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ МЕЖДУ СКОРОСТЬЮ РОСТА И**

- 1) стадией пубертата
- 2) хронологическим возрастом
- 3) уровнем физической активности
- 4) количеством сна в течение суток

### **ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ СОХРАНЯЮЩЕГОСЯ СТГ-ДЕФИЦИТА В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕ-ТЕСТИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЕ СОМАТОТРОПИНОМ**

- 1) возобновляют в дозе 0,003-0,005 мг/кг/сут
- 2) возобновляют в дозе 0,033 мг/кг/сут
- 3) возобновляют в дозе 0,05 мг/кг/сут
- 4) прекращают

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СОМАТРОПИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) деформация грудины
- 2) деформация Маделунга
- 3) закрытие зон роста
- 4) полидактилия

### **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ ДВУХ СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ ПРИ**

- 1) наличии краниофарингиомы в анамнезе
- 2) SDS роста:  $> -3$ , отсутствии других тропных недостаточностей, нормальном уровне ИФР1
- 3) наличии низкорослости и «триады» на МРТ (гипоплазия аденогипофиза/эктопия нейрогипофиза/аплазия гипофизарной ножки)
- 4) наличии низкорослости и доказанной молекулярно-генетической основы гипопитуитаризма

### **К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА ОТНОСЯТ**

- 1) определение уровня ИФР1 в сыворотке
- 2) результаты СТГ-стимуляционных проб
- 3) проведение МРТ головного мозга
- 4) однократное измерение базального уровня СТГ в сыворотке

### **ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НИЗКОРОСЛОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) гипопролактинемию
- 2) инсулинорезистентность
- 3) тиреотоксикоз
- 4) гиперкортицизм

**ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕВОЧЕК С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) кариотипирования
- 2) исследования антител к рецептору ИФР-1
- 3) теста на генерацию ИФР-1
- 4) исследования кортизола в суточной моче

**ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА, ГЕПАТОМЕГАЛИИ, КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ НАТОЩАК И ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧЕНИЕ**

- 1) гиперинсулинизма
- 2) муковисцидоза
- 3) гликогенозов
- 4) нейрофиброматоза

**РАСЧЕТНАЯ ДОЗА ГЛЮКАГОНА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 30 мкг/кг, максимальная доза 1 мг
- 2) 75 мкг/кг, максимальная доза 1 мг
- 3) 100 мкг/кг, максимальная доза 2 мг
- 4) 125 мкг/кг, максимальная доза 2 мг

**РАСЧЕТНАЯ ДОЗА КЛОНИДИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/М<sup>2</sup>)**

- 1) 0,20
- 2) 0,10
- 3) 0,15
- 4) 0,05

**СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН ВЛИЯЕТ НА ФУНКЦИЮ**

- 1) исключительно женских гонад, без эффектов на функцию тестикул
- 2) как женских, так и мужских гонад
- 3) женских и мужских гонад только в течение пренатального развития
- 4) исключительно мужских гонад, без эффектов на функцию яичников

**В-ЭСТРАДИОЛ У ДЕВОЧЕК С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ ВВОДИТСЯ**

- 1) внутрь
- 2) внутримышечно
- 3) внутривенно
- 4) подкожно

**ЗА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЛЕРИ-ВЕЙЛА ОТВЕЧАЕТ ГЕН**

- 1) PTPN11

- 2) GHR
- 3) FGFR3
- 4) SHOX

### **СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА В РОСТЕ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)**

- 1) 30-35
- 2) 15-25
- 3) 25-30
- 4) 25-40

### **ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ОЦЕНИВАЮТСЯ**

- 1) последовательность появления и степень закрытия эпифизарных зон роста без оценки их числа и размеров
- 2) число и размеры эпифизарных зон роста, последовательность их появления без учета степени их закрытия
- 3) число и размеры эпифизарных зон роста, последовательность их появления, степень их закрытия
- 4) число и размеры эпифизарных зон роста, а также степень их закрытия без учета последовательности их появления

### **КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОСРЕДСТВОМ РЕНТГЕНОГРАФИИ**

- 1) поясничного отдела позвоночника с пояснично-крестцовым сочленением
- 2) стопы с голеностопным суставом
- 3) костей таза с тазобедренным суставом
- 4) кисти с лучезапястными суставами

### **ПРИ РЕЗКОМ ПАДЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С КЛОНИДИНОМ, НЕОБХОДИМО**

- 1) внутривенное введение раствора аминофиллина
- 2) подкожное введение раствора кофеина или внутримышечное введение гидрокортизона
- 3) пероральное введение препаратов бета-адреноблокаторов
- 4) внутривенное введение раствора глюкозы

### **СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С КЛОНИДИНОМ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ**

- 1) лёжа, строго натошак, под контролем АД и ЧСС
- 2) лёжа, под контролем уровня гликемии
- 3) сидя, не обязательно натошак, под контролем АД и ЧСС
- 4) лёжа, натошак, под контролем уровня гликемии и АД

### **ДОЗУ СОМАТРОПИНА НЕОБХОДИМО СНИЗИТЬ ПРИ**

- 1) SDS ИФР-1 более +1
- 2) SDS ИФР-1 более +2,5
- 3) SDS ИФР-1 более +2
- 4) SDS ИФР-1 более +1,5

## **К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ЛЕВОДОПОЙ ОТНОСЯТСЯ**

- 1) гипергликемия, транзиторное покраснение лица
- 2) снижение артериального давления, брадикардия
- 3) тошнота, рвота, головокружение, боли в животе
- 4) гипогликемия, транзиторное покраснение лица

## **НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ КАК ПРАВИЛО**

- 1) никогда не возникают
- 2) возникают в течение первых двух недель от начала терапии
- 3) возникают в любое время после ее начала
- 4) возникают через 1 месяц после ее начала

## **ПРИ МОНИТОРИНГЕ ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА, ПОЛУЧАЮЩИХ СОМАТРОПИН ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- 1) инсулиноподобного фактора роста 1
- 2) кортизола
- 3) гонадотропинов
- 4) пролактина

## **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ГЛЮКАГОНОМ ЗАБОР КРОВИ ПРОВОДЯТ ПО СХЕМЕ (В МИНУТАХ)**

- 1) 0, 60, 120, 150, 180, 240
- 2) 0, 15, 30, 45, 90, 130
- 3) 0, 30, 60, 90, 120, 320
- 4) 0, 30, 60, 90, 120, 150, 180

## **ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НИЗКОРОСЛОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) аутоиммунный тиреоидит
- 2) узловой зоб
- 3) тиреотоксикоз
- 4) гипотиреоз

## **ТИПИЧНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СИНДРОМА СИЛЬВЕРА-РАССЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) выраженный поясничный лордоз
- 2) асимметрия тела
- 3) укорочение туловища
- 4) широкая грудная клетка

## **ГИПОТИРЕОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО**

- 1) врожденный
- 2) ятрогенный
- 3) вторичный

4) первичный

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С КЛОФЕЛИНОМ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ**

- 1) снижение артериального давления, брадикардия, сонливость
- 2) тошнота, головокружение, боли в животе
- 3) гипогликемия, потливость, чувство голода, тахикардия, тремор конечностей
- 4) транзиторное покраснение лица, гипогликемия

**КОНТРИНСУЛЯРНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ**

- 1) соматотропин (гормон роста)
- 2) мелатонин
- 3) вазопрессин
- 4) панкреатин

**У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ**

- 1) умеренно отстает от паспортного
- 2) соответствует паспортному
- 3) выраженно отстает от паспортного
- 4) опережает паспортный

**ВНУТРИУТРОБНАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Беквита
- 2) Сотоса
- 3) Корнелии де Ланге
- 4) Вильямса

**У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ДОЗУ СОМАТРОПИНА НЕОБХОДИМО СНИЗИТЬ ПРИ**

- 1) выраженной прибавке массы тела
- 2) повышении значений гонадотропинов
- 3) ускорении темпов роста
- 4) выявлении высокого уровня ИФР-1

**ГЕН ГОРМОНА РОСТА ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЕТСЯ**

- 1) PIT-1
- 2) GHRH
- 3) PROP-1
- 4) hGH-1

**ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ, ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ**

- 1) при рождении
- 2) в возрасте 2-4 лет
- 3) в пубертате

4) на первом году жизни

### **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА ПРОВЕДЕНИЕ СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ**

- 1) наличии облучения области «голова-шея» в анамнезе, выраженном дефиците роста (SDS: < -3), низком уровне ИФР1 в крови
- 2) выраженном дефиците роста (SDS: < -3), отсутствии других тропных недостаточностей, нормальном уровне ИФР1
- 3) SDS роста > -3, отсутствии других тропных недостаточностей, нормальном уровне ИФР1
- 4) SDS роста > -3, низком уровне ИФР1, отсутствии других тропных недостаточностей

### **В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ ПРОДОЛЬНОГО РОСТА КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) только гормон роста и его эффектор ИФР-1
- 2) только половые гормоны – эстрогены и тестостерон
- 3) только тиреоидные и половые гормоны
- 4) гормон роста и его эффектор ИФР-1, тиреоидные гормоны и эстрогены

### **ПРИ МОНИТОРИНГЕ СОСТОЯНИЯ ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) эхокардиографии
- 2) электроэнцефалографии
- 3) рентгенографии позвоночника
- 4) компьютерной томографии головы

### **ОЦЕНКА РЕНТГЕНОГРАММЫ КИСТИ С ЛУЧЕЗАПЯСТНЫМ СУСТАВОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

- 1) скорости роста
- 2) костного возраста
- 3) пропорциональности телосложения
- 4) хронологического возраста

### **УРОВЕНЬ ИФР-1 ОЦЕНИВАЕТСЯ С УЧЕТОМ**

- 1) пола, возраста и стадии пубертата
- 2) возраста
- 3) пола
- 4) стадии пубертата

### **ТЕРАПИЯ СОМАТРОПИНОМ НЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ СИНДРОМЕ**

- 1) Сильвера-Рассела
- 2) Шерешевского-Тернера
- 3) Прадера-Вилли
- 4) Ларона

**СОМАТОТРОПИН (ГОРМОН РОСТА) ОКАЗЫВАЕТ НА МЕХАНИЗМЫ УТИЛИЗАЦИИ ГЛЮКОЗЫ \_\_\_\_\_ ДЕЙСТВИЕ**

- 1) лимитирующее
- 2) пролонгирующее
- 3) стимулирующее
- 4) подавляющее

**ДЕВОЧКЕ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕОБХОДИМО**

- 1) ультразвуковое исследование щитовидной железы
- 2) исследование буккального эпителия
- 3) кариотипирование
- 4) ультразвуковое исследование малого таза

**ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗАДЕРЖКУ РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНИЦА МЕЖДУ SDS РОСТА РЕБЕНКА И SDS ЕГО СРЕДНЕРОДИТЕЛЬСКОГО РОСТА**

- 1)  $> 1.5 SD$
- 2)  $> 0.5 SD$
- 3)  $> 2.0 SD$
- 4)  $> 3.0 SD$

**ИФР-1 ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ЭФФЕКТОРОМ**

- 1) гормона роста
- 2) пролактина
- 3) кальцитонина
- 4) паратгормона

**ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ ВЛИЯЮТ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ, СПОСОБСТВУЯ**

- 1) обновлению костной ткани напрямую
- 2) закрытию эпифизарных зон роста напрямую
- 3) эндостальной резорбции кости
- 4) снижению минеральной плотности костной ткани

**УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ БОЛЬШОГО ЗАТЫЛОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ И КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕТЕЙ С**

- 1) ахондроплазией
- 2) гипохондроплазией
- 3) несовершенным остеогенезом
- 4) патологией SHOX гена

**ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ХАРАКТЕРНО**

- 1) непропорциональное телосложение
- 2) задержка полового развития

- 3) наличие низкорослых родственников
- 4) характерные фенотипические особенности

### **В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПРОИСХОДИТ ОСНОВНАЯ СЕКРЕЦИЯ**

- 1) кальцитонина
- 2) гормона роста
- 3) эстрогена
- 4) паратгормона

### **ЖИРОВАЯ ТКАНЬ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) одной из тканей-мишеней для гормона роста
- 2) не чувствительной к гормону роста
- 3) чувствительной исключительно к ИФР-1
- 4) чувствительной исключительно к половым гормонам

### **РАСЧЕТНАЯ ДОЗА КЛОФЕЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/М<sup>2</sup>)**

- 1) 0,2
- 2) 0,3
- 3) 0,1
- 4) 0,15

### **НАСТОРОЖЕННОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ ВЫЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ У РЕБЕНКА**

- 1) застойных дисков зрительных нервов
- 2) миопии
- 3) амблиопии
- 4) косоглазия

### **РАСЧЕТНАЯ ДОЗА СМЕСИ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА У МАЛЬЧИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 150 мг (0,6 мл)
- 2) 50 мг (0,2 мл)
- 3) 100 мг (0,4 мл)
- 4) 200 мг (0,8 мл)

### **ЗАДЕРЖКА РОСТА В СОЧЕТАНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕВУСАМИ И ПЯТНАМИ «КОФЕ С МОЛОКОМ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) обменных заболеваний
- 2) хромосомных аномалий
- 3) скелетных дисплазий
- 4) нунано-подобных синдромов

**ПУЛЬСИРУЮЩИЙ ХАРАКТЕР СЕКРЕЦИИ ГОРМОНА РОСТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ  
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ ДВУХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, А ИМЕННО**

- 1) соматотропин- рилизинг- гормона и тиреотропного гормона
- 2) соматотропин- рилизинг- гормона и ИФР-1
- 3) соматотропин- рилизинг- гормона и соматостатина
- 4) ИФР-1 и соматостатина

**СТГ И ЕГО ЭФФЕКТОР ИФР-1 В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ ФАКТОРАМИ**

- 1) секреции внеклеточного матрикса
- 2) продольного роста кости
- 3) закрытия эпифизарных зон роста
- 4) скелетного созревания

**ЗАПОДОЗРИТЬ СИНДРОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ У РЕБЕНКА 3-Х МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ  
МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) укорочения конечностей
- 2) деформации кистей
- 3) выраженной гипотонии
- 4) кальцинатов кожи

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СОМАТРОПИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) наличие гипогонадизма
- 2) наличие гипотиреоза
- 3) наличие опухолевого процесса
- 4) отставание костного возраста

**ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО  
ОБСЛЕДОВАНИЯ НИЗКОРОСЛОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) врожденные системные заболевания скелета
- 2) сколиоз
- 3) множественный кариес
- 4) ишемический некроз головки бедренной кости

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ СОМАТРОПИНА ЯВЛЯЕТСЯ  
ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ОПУХОЛЬ, КОГДА ПЕРИОД ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЕЕ ТЕРАПИИ  
СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 24
- 2) 6
- 3) 48
- 4) 36

**ПРИ ВОЗРАСТЕ ПАЦИЕНТА, НЕ ПРЕВЫШАЮЩЕМ ТРЕХ ЛЕТ**

- 1) проводится 2 стимуляционные пробы
- 2) СТГ-стимуляционные пробы проводят ежегодно до достижения пяти лет
- 3) проводится одна СТГ-стимуляционная проба

4) от проведения СТГ-стимуляционных проб временно воздерживаются

### **ПРОВЕДЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОМ FISH ПОКАЗАНО ПРИ КАРИОТИПЕ**

- 1) 45,X/X der X
- 2) 45,X/46XX
- 3) 45,X/46XУ
- 4) 46X(Xr)

### **ОСНОВНЫМИ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ ПУБЕРТАТНОГО СКАЧКА РОСТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) эстрогены у девочек и тестостерон у мальчиков
- 2) соматотропный гормон, ИФР-1 и половые стероиды
- 3) соматотропный гормон, ИФР-1 и гормоны щитовидной железы
- 4) соматотропный гормон и ИФР-1

### **НА ЗАКРЫТИЕ ЭПИФИЗАРНЫХ ЗОН РОСТА ВЛИЯЮТ**

- 1) эстрогены и тестостерон после воздействия на них фермента ароматазы
- 2) непосредственно как эстрогены, так и тестостерон
- 3) эстрогены – непосредственно, тестостерон - после воздействия на него ароматазы
- 4) тестостерон – непосредственно, эстрогены - после воздействия ароматазы

### **СТАНДАРТНОЙ ДОЗОЙ И ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) 0,2 Ед/кг, внутримышечно
- 2) 0,1 Ед/кг, внутривенно
- 3) 0,2 Ед/кг, внутривенно
- 4) 0,1 Ед/кг, внутримышечно

### **СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С С L-ДОПОЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ЗАБОР КРОВИ В \_\_\_\_\_ ВРЕМЕННЫХ ТОЧКАХ**

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 7
- 4) 3

### **ФОРМУЛА (РОСТ ОТЦА + РОСТ МАТЕРИ + 13СМ)/2 +/- 10 СМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА**

- 1) целевого роста девочек
- 2) целевого роста мальчиков
- 3) прогнозируемого роста ребенка вне зависимости от пола
- 4) конечного роста мальчиков

### **ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С**

- 1) инсулином
- 2) глюкагоном
- 3) L-ДОПОЙ
- 4) клофелином

**НАЛИЧИЕ У РЕБЕНКА \_\_\_\_\_ ВЫЗЫВАЕТ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ**

- 1) амблиопии
- 2) гиперметропии
- 3) гидроцефалии
- 4) дефицита массы тела

**ТОТАЛЬНЫЙ СТГ-ДЕФИЦИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ УРОВНЯ СТГ МЕНЕЕ (В НГ/МЛ)**

- 1) 3
- 2) 7
- 3) 10
- 4) 5

**ХРОНОЛОГИЧЕСКИЙ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА**

- 1) в норме всегда совпадают, различаются только в случае патологии
- 2) не всегда совпадают и могут различаться как в норме, так и при патологии
- 3) у девочек чаще совпадают, у мальчиков чаще различаются
- 4) совпадают в препубертатном возрасте, но различаются в период пубертата

**У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ СТГ < 5 НГ/МЛ НА ФОНЕ СПОНТАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ, НИЗКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ИФР1 В КРОВИ И ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ДЕФИЦИТЕ РОСТА (SDS: <-3) ДИАГНОЗ «СТГ-ДЕФИЦИТ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ**

- 1) после проведения одной СТГ-стимуляционной пробы
- 2) без проведения СТГ-стимуляционных проб
- 3) при определении низкого базального уровня СТГ в крови
- 4) после проведения двух СТГ-стимуляционных проб

**САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ НИЗКОРОСЛОСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) синдромальная
- 2) конституциональная
- 3) низкорослость на фоне соматических заболеваний
- 4) семейная

**В ТЕЧЕНИЕ ПУБЕРТАТА КОНЦЕНТРАЦИЯ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА В КРОВИ**

- 1) снижается за счет конкурентного воздействия половых гормонов
- 2) остается прежней при повышении чувствительности тканей к гормону
- 3) увеличивается за счет пролиферации соматотрофов гипофиза
- 4) увеличивается за счет увеличения амплитуды импульсов секреции

**ЗАДЕРЖКА РОСТА И УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТРИХОЗОМ И ЛИЦЕВЫМ ДИЗМОРФИЗМОМ (ВЫГНУТЫЕ БРОВИ, СИНОФРИЗ, ЗАПАВШАЯ ПЕРЕНОСИЦА) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Аарского
- 2) Сильвера-Рассела
- 3) Нунан
- 4) Корнелии де Ланге

**ЛИНЕЙНЫЙ РОСТ И ТЕМПЫ СОЗРЕВАНИЯ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ ДВУМЯ**

- 1) вариантами названия одного процесса и не требуют отдельной оценки
- 2) разными процессами и требуют отдельной оценки
- 3) разными процессами, но требуют отдельной оценки только в период пубертата
- 4) разными процессами, но при этом не требуют отдельной оценки

**ВНУТРИУТРОБНАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Марфана
- 2) Ларона
- 3) Секкеля
- 4) Беквита

**В НОРМЕ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ УРОВЕНЬ СТГ СОСТАВЛЯЕТ (НГ/МЛ)**

- 1)  $\geq 10$
- 2) 8
- 3) 9
- 4) 5

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ ЗАБОР КРОВИ ПРОВОДЯТ ПО СХЕМЕ (В МИНУТАХ)**

- 1) 0, 5, 10, 20, 30, 50, 60
- 2) 0, 30, 60, 90, 120, 150
- 3) 0, 15, 30, 45, 60, 90
- 4) 0, 30, 60, 90, 120, 240

**ПРИЧИНОЙ НИЗКОРОСЛОСТИ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) гипотиреоз
- 2) гиперинсулинемия
- 3) гипопролактинемия
- 4) гипертиреоз

**У ВСЕХ ДЕВОЧЕК С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА НЕОБХОДИМО**

- 1) однократное определение базального уровня СТГ в крови
- 2) определение биоактивного пролактина
- 3) исследование кариотипа
- 4) проведение УЗИ щитовидной железы

### **ГЛЮКАГОН ПОВЫШАЕТ КОНЦЕНТРАЦИЮ В КРОВИ**

- 1) ТТГ
- 2) тестостерона
- 3) гормона роста
- 4) эстрогена

### **ВТОРАЯ ПРОВОКАЦИОННАЯ ПРОБА С ДРУГИМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ СТИМУЛЯТОРОМ СТГ ПРОВОДИТСЯ НЕ РАНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ**

- 1) 48 часов
- 2) 72 часа
- 3) 24 часа
- 4) 12 часов

### **ИФР – СВЯЗЫВАЮЩИЙ БЕЛОК 3 ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) эффектором инсулиноподобного фактора роста 1
- 2) главным эффектором гормона роста
- 3) одним из компонентов комплекса, стабилизирующего гормон роста
- 4) одним из компонентов комплекса, стабилизирующего ИФР-1

### **ГОРМОН РОСТА ИГРАЕТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В МЕТАБОЛИЗМЕ ГЛЮКОЗЫ, ОБЛАДАЯ**

- 1) контринсулярным эффектом
- 2) прямым проинсулярным эффектом
- 3) двухфазным эффектом на уровень глюкозы – сначала повышение, потом снижение
- 4) косвенным проинсулярным эффектом

### **СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА В РОСТЕ 25-30 СМ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА РЕБЕНКА СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_ ГОДУ ЖИЗНИ**

- 1) четвертому
- 2) второму
- 3) первому
- 4) третьему

### **ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА В СОЧЕТАНИИ С ПЯТНАМИ «КОФЕ С МОЛОКОМ» И УЗЕЛКАМИ ЛИША НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН**

- 1) муковисцидоз
- 2) гиперинсулинизм
- 3) гликогеноз
- 4) нейрофиброматоз

### **ЗАДЕРЖКА РОСТА В СОЧЕТАНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕВУСАМИ И ПЯТНАМИ «КОФЕ С МОЛОКОМ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) гликогеноза
- 2) ахродроплазии

- 3) нейрофиброматоза
- 4) мупополисахаридоза

### **ПРИ СОХРАНЯЮЩЕМСЯ СТГ-ДЕФИЦИТЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕ-ТЕСТИРОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ СОМАТОТРОПИНОМ**

- 1) продолжают в слегка увеличенной дозе (0,04 мг/кг/сут)
- 2) прекращают
- 3) продолжают в ростостимулирующей дозе (0,033 мг/кг/сут)
- 4) продолжают в метаболической дозе (0,003-0,005 мг/кг/сут)

### **ВНУТРИУТРОБНАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Аарского-Скотта
- 2) Беквита-Видемана
- 3) Сильвера-Рассела
- 4) Прадера-Вилли

### **КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) низкая концентрация ИФР-1 (ниже референсного значения для соответствующего возраста и пола)
- 2) низкая концентрация максимального СТГ на фоне СТГ-стимуляционных проб
- 3) низкая концентрация СТГ при мониторинге его ночной секреции
- 4) низкая концентрация максимального СТГ на фоне теста с физической нагрузкой

### **ЛЕЧЕНИЕ СОМАТОТРОПИНОМ У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ИЛИ СНИЗИТЬ ДОЗУ ПРЕПАРАТА ПРИ**

- 1) выраженной прибавке массы тела
- 2) повышении значений гонадотропинов
- 3) ускорении темпов роста
- 4) выявлении нарушений углеводного обмена

### **ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АХОНДРОПАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) укорочение позвоночного столба
- 2) увеличение расстояния между корнями дужек поясничных позвонков
- 3) уменьшение размеров большого затылочного отверстия
- 4) грудной кифоз

### **ДЕВОЧКЕ 14 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА И ПУБЕРТАТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕОБХОДИМО**

- 1) исследование мультистероидного профиля
- 2) проведение пробы с гонадолиберином
- 3) исследование кариотипа
- 4) проведение пробы на генерацию ИФР-1

### **ХАРАКТЕР СЕКРЕЦИИ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА СОМАТОТРОФАМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) пульсирующим

- 2) волнообразным
- 3) постоянным
- 4) лабильным

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ИЛИ СНИЗИТЬ ДОЗУ ПРИ**

- 1) манифестации гипотиреоза
- 2) развитию отечного синдрома
- 3) снижении массы тела
- 4) прибавке массы тела

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ И ГЛЮКАГОНОМ ОТМЕЧАЮТ**

- 1) падение артериального давления
- 2) гипогликемию
- 3) брадикардию
- 4) головные боли

**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) десмопрессин
- 2) синактен
- 3) дексаметазон
- 4) инсулин

**ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СМЕСИ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА У МАЛЬЧИКОВ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ НА \_\_\_\_\_ СУТКИ ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИИ**

- 1) 3
- 2) 5-7
- 3) следующие
- 4) 2

**ЧАСТЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) тетрада Фалло
- 2) открытое овальное окно
- 3) пролапс митрального клапана
- 4) коарктация аорты

**СКЕЛЕТНОЕ СОЗРЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ \_\_\_\_\_ РЕБЕНКА**

- 1) скорости роста
- 2) хронологического возраста
- 3) созревания организма
- 4) полового развития

**ТОТАЛЬНЫЙ СТГ-ДЕФИЦИТ ДИАГНОСТИРУЮТ, ЕСЛИ МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТГ НА СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЕ МЕНЕЕ (В НГ/МЛ)**

- 1) 3.0
- 2) 7.0
- 3) 10.0
- 4) 5.0

**ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ПРИ SDS РОСТА  $> -2,0$  ЯВЛЯЕТСЯ SDS СКОРОСТИ РОСТА**

- 1) за 1 год  $< -1,5$
- 2) за 2 года  $< -1,5$
- 3) за 2 года  $< -1,0$
- 4) за 1 год  $< -1,0$

**СТАНДАРТНОЙ ДОЗОЙ И ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОВОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ (В ЕД/КГ)**

- 1) 0,2, внутривенно
- 2) 0,2, внутримышечно
- 3) 0,1, внутривенно
- 4) 0,1, внутримышечно

**ПРИ НАЛИЧИИ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С РАЗВИТИЕМ ГИПОПИТУИТАРИЗМА, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА**

- 1) достаточно проведение одной СТГ-стимуляционной пробы
- 2) проведение СТГ-стимуляционных проб не требуется
- 3) достаточно низкой базальной концентрации СТГ
- 4) необходимо проведение одной СТГ-стимуляционной пробы

**ТЕРАПИЯ СОМАТОТРОПИНОМ НЕЭФФЕКТИВНА ПРИ СИНДРОМЕ**

- 1) Ларона
- 2) Сильвера-Рассела
- 3) Прадера-Вилли
- 4) Нунан

**НИЗКОРОСЛОСТЬ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОСТЕОГЕНЕЗЕ ОБУСЛОВЛЕНА**

- 1) деформацией позвоночного столба
- 2) укорочением диафизов длинных трубчатых костей
- 3) костными деформациями вследствие частых переломов
- 4) укорочением позвоночного столба

**ОСНОВНЫМ ЭФФЕКТОМ ГОРМОНА РОСТА НА ЖИРОВУЮ ТКАНЬ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дифференцировка клеток жировой ткани
- 2) липогенез – накопление липидов в клетках жировой ткани
- 3) липолиз, направленный на снижение липидов в адипоците
- 4) пролиферация клеток жировой ткани

**СРЕДНЯЯ СКОРОСТЬ РОСТА У РЕБЕНКА ВО ВТОРУЮ ФАЗУ РОСТА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_  
СМ В ГОД**

- 1) 3-10
- 2) 1-2
- 3) 6-8
- 4) 10-12

**У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ПРИ РОЖДЕНИИ ВОЗМОЖНО  
НАБЛЮДАТЬ**

- 1) отечность конечностей
- 2) выраженную гипотонию
- 3) псевдобульбарный синдром
- 4) сольтеряющий криз

**МАЛЬЧИКУ 14 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА И ПУБЕРТАТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-  
СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ НЕОБХОДИМО**

- 1) исследование буккального эпителия
- 2) насыщение половыми стероидами
- 3) определение толерантности к углеводам
- 4) проведение пробы на генерацию

**ТОШНОТА И РВОТА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С**

- 1) леводопой
- 2) клонидином
- 3) инсулином
- 4) бусерелином

**КЛАССИЧЕСКИМИ МР-ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ГИПОПИТУИТАРИЗМА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипоплазия аденогипофиза
- 2) умеренная гипоплазия аденогипофиза
- 3) «триада» (гипоплазия аденогипофиза, эктопия нейрогипофиза, аплазия/гипоплазия гипофизарной ножки)
- 4) отсутствие патологии со стороны гипоталамо-гипофизарной области

**НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТОТРОПИНОМ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ**

- 1) выражено отстает
- 2) не изменяется
- 3) выражено прогрессирует
- 4) умеренно прогрессирует

**У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ ВМЕСТО СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ  
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОБУ С**

- 1) клофелином

- 2) леводопой
- 3) глюкагоном
- 4) физической нагрузкой

**ПРИ РАСЧЕТЕ СКОРОСТИ РОСТА ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ИЗМЕРЕНИЯМИ РОСТА ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 3
- 2) 12
- 3) 1
- 4) 6

**ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО — ТЕРНЕРА ВЫШЕ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ**

- 1) холецистита
- 2) булимии
- 3) аутоиммунного гепатита
- 4) анорексии

**СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА В РОСТЕ 12 СМ СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_ ГОДУ ЖИЗНИ**

- 1) третьему
- 2) второму
- 3) четвертому
- 4) первому

**ДОЗУ СОМАТРОПИНА НЕОБХОДИМО СНИЗИТЬ ПРИ SDS ИФР-1**

- 1) > +2
- 2) > +1
- 3) > +1,5
- 4) > +0,5

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕ-ТЕСТИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С**

- 1) клонидином
- 2) инсулином
- 3) нагрузкой глюкозой
- 4) бусерилином

**ИФР-1 ПОДАВЛЯЕТ СЕКРЕЦИЮ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ПО ПРИНЦИПУ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ДЕЙСТВУЯ НА УРОВНЕ**

- 1) гипофиза и гипоталамуса
- 2) только гипофиза
- 3) только гипоталамуса
- 4) гипофиза, гипоталамуса и печени

**ПРИ ОРВИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ, ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ У ДЕВОЧКИ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА**

## **НЕОБХОДИМО**

- 1) оставить без изменений
- 2) изменить, снизив дозу на 50%
- 3) отменить до нормализации состояния
- 4) изменить, снизив дозу на 30%

## **ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ СЕКРЕЦИЮ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ ГЛЮКАГОН, КОТОРЫЙ**

- 1) повышает концентрацию СТГ в крови, что используется в СТГ-стимуляционных пробах
- 2) снижает концентрацию СТГ в крови, что используется в СТГ-стимуляционных пробах
- 3) снижает концентрацию СТГ в крови, однако это не используется в СТГ-стимуляционных пробах
- 4) повышает концентрацию СТГ в крови, однако это не используется в СТГ-стимуляционных пробах

## **У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО**

- 1) отмечается закрытие зон роста
- 2) костный возраст опережает паспортный
- 3) костный возраст отстает от паспортного
- 4) костный возраст соответствует паспортному

## **БОЧКООБРАЗНАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА С УКОРОЧЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ**

- 1) гипохондроплазии
- 2) несовершенного остеогенеза
- 3) ахондроплазии
- 4) спондилоэпифизарной дисплазии

## **У МАЛЬЧИКА 3 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА, ОТКРЫТЫМ АОРТАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ, ИММУНОДЕФИЦИТОМ И ЭПИЗОДАМИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ В АНАМНЕЗЕ ВЕРОЯТНО НАЛИЧИЕ СИНДРОМА**

- 1) Ди Джорджи
- 2) Нунан
- 3) Секкеля
- 4) Вильямса

## **ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ИЛИ СНИЗИТЬ ДОЗУ ПРИ**

- 1) манифестации гипогонадизма
- 2) манифестации гипотиреоза
- 3) формировании застоя дисков зрительных нервов
- 4) выраженной прибавке массы тела

**ВТОРАЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С ДРУГИМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ СТИМУЛЯТОРОМ СТГ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)**

- 1) 72
- 2) 12
- 3) 48
- 4) 24

**ТЕРАПИЯ СОМАТРОПИНОМ НЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ СИНДРОМЕ**

- 1) Сильвера-Рассела
- 2) Шерешевского-Тернера
- 3) Секкеля
- 4) Нунан

**РОСТ ВО ВРЕМЯ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ РЕГУЛИРУЕТ**

- 1) инсулиноподобный фактор роста 1
- 2) инсулиноподобный фактор роста 2
- 3) пролактин
- 4) соматотропин

**ПРИ МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ СОМАТРОПИН, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ**

- 1) креатинина
- 2) хлоридов
- 3) глюкозы
- 4) натрия

**ЗАДЕРЖКА РОСТА, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ЛАКТАТАЦИДОЗОМ И ИНСУЛЬТОПОДОБНЫМИ ЭПИЗОДАМИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) нейрофиброматоза
- 2) гликогенозов
- 3) митохондриального заболевания
- 4) муковисцидоза

**НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГОРМОНОМ РОСТА ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЕСТЬ РИСК РАЗВИТИЯ**

- 1) гипотиреоза
- 2) инсулинорезистентности
- 3) ожирения
- 4) тиреотоксикоза

**ПРИ НАЛИЧИИ НИЗКОРОСЛОСТИ И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ИЛИ ДРУГОЙ ТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТГ-ДЕФИЦИТА ПРОВОДИТСЯ**

- 1) МРТ головного мозга
- 2) две стимуляционные пробы

- 3) одна СТГ-стимуляционная проба + МРТ головного мозга
- 4) три стимуляционные пробы

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ОСНОВАНО НА ОЦЕНКЕ**

- 1) рентгенограммы кисти с лучезапястным суставом
- 2) рентгенограммы стопы и голеностопного сустава
- 3) рентгенограммы черепа в двух проекциях
- 4) компьютерной томограммы кисти и лучезапястного сустава

### **АКРОМИКРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ**

- 1) укорочением 3 и 5 метакарпальных костей
- 2) укорочением 3 и 5 карпальных костей
- 3) большим размером кистей и стоп
- 4) маленьких размеров кистей и стоп

### **ГИДРОЦЕФАЛИЯ У ДЕТЕЙ С АХОНДРОПАЗИЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- 1) гипоплазии субарахноидального пространства
- 2) аномалий венозной системы головного мозга
- 3) быстрого закрытия родничков
- 4) уменьшения размеров большого затылочного отверстия

### **ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛЮБОЙ НИЗКОРОСЛОЙ ДЕВОЧКИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- 1) кариотипирования
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) консультации врача-кардиолога
- 4) консультации врача-гинеколога

### **РЕЗУЛЬТАТЫ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ АДЕКВАТНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ: КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ**

- 1) менее 2,5 ммоль/л или снижении ее уровня на 50% от исходного
- 2) менее 2,0 ммоль/л или снижении ее уровня на 60% от исходного
- 3) 3,5 ммоль/л или снижении ее уровня на 30% от исходного
- 4) менее 4,0 ммоль/л или снижении ее уровня на 20% от исходного

### **У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ СЛЕДУЕТ ВОЗДЕРЖИВАТЬСЯ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С**

- 1) глюкагоном
- 2) L-ДОПОЙ
- 3) клофелином
- 4) инсулином

### **К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РЕЗУЛЬТАТ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ, ОТНОСЯТ**

- 1) пол/возраст

- 2) недавно перенесенную травму/оперативное вмешательство
- 3) частые респираторные заболевания
- 4) состояние декомпенсации сопутствующего гипотиреоза/гипогонадизма

**ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НИЗКОРОСЛОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) гипертриглицеридемию
- 2) гипопролактинемию
- 3) гиперхолестеринемию
- 4) анемию

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА В РФ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- 1) L-ДОПА
- 2) клофелин
- 3) аргинин
- 4) инсулин

**МАКСИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ СОМАТРОПИНА ПРИ ТЕРАПИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ (МГ/КГ/СУТКИ)**

- 1) 0,033
- 2) 0,05
- 3) 0,067
- 4) 0,04

**КАКАЯ ИЗ ХРОМОСОМНЫХ ПАТОЛОГИЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВЫСОКОРОСЛОСТЬЮ?**

- 1) ХХУ (синдром Кляйнфельтера)
- 2) 45, X (синдром Шерешевского-Тернера)
- 3) трисомия по 21 хромосоме (синдром Дауна)
- 4) трисомия по 18 хромосоме (синдром Эдвардса)

**СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА В РОСТЕ НА ВТОРОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)**

- 1) 30
- 2) 5
- 3) 25
- 4) 12

**РАСЧЕТНОЙ ДОЗОЙ СОМАТРОПИНА ПРИ СИНДРОМЕ НУНАН ЯВЛЯЕТСЯ (В МГ/КГ/СУТКИ)**

- 1) 0,050
- 2) 0,025
- 3) 0,033
- 4) 0,067

**НИЗКОРОСЛОСТЬ, ГИПЕРТЕЛОРИЗМ ГЛАЗ И ШАЛЕВИДНАЯ МОШОНКА У МАЛЬЧИКА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Сильвера-Рассела
- 2) Барде-Бидля
- 3) Аарского-Скотта
- 4) Прадера-Вилли

### **ЦЕЛЕВОЙ РОСТ ДЕВОЧЕК РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ**

- 1)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} + 11 \text{ см})/2 \pm 5 \text{ см}$
- 2)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} + 12 \text{ см})/2 \pm 5 \text{ см}$
- 3)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} - 13 \text{ см})/2 \pm 7 \text{ см}$
- 4)  $(\text{рост отца} + \text{рост матери} - 10 \text{ см})/2 \pm 7 \text{ см}$

### **ПОД РЕ-ТЕСТИРОВАНИЕМ ПРИ СТГ-ДЕФИЦИТЕ ПОНИМАЮТ**

- 1) подтверждение наличия СТГ-дефицита у пациента, получавшего терапию соматропином в детстве, после закрытия зон роста
- 2) подтверждение СТГ-дефицита через 1 год после первичной установки диагноза
- 3) ежегодное проведение стимуляционных проб для оценки эффективности проводимой терапии соматотропином
- 4) процедуру, позволяющую дифференцировать тотальный и парциальный СТГ-дефицит

## **Ожирение**

[Вернуться в начало](#)

### **СИНОНИМОМ ПРОСТОГО ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ**

- 1) гипоталамическое
- 2) конституционально-экзогенное
- 3) при гиперкортицизме
- 4) синдромальное

### **ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ОСНОВАНА НА**

- 1) замене продуктов питания адаптивными смесями
- 2) увеличении потребления питьевой воды
- 3) редукции доли белков в суточном рационе
- 4) сбалансированном эукалорийном рационе

### **У ДЕВОЧКИ 2 ЛЕТ ЖИЗНИ, РОЖДЕННОЙ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НАБОРОМ МАССЫ ТЕЛА НА ФОНЕ ПОЛИФАГИИ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НОРМАЛЬНЫМ ПСИХОМОТОРНЫМ РАЗВИТИЕМ И НАЛИЧИЕМ ОЖИРЕНИЯ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ОДНОЙ ИЗ МОНОГЕННЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАНИЕ В СЫВОРОТКЕ СОДЕРЖАНИЕ**

- 1) грелина
- 2) лептина
- 3) холестерина

4) окситоцина

**ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА**

- 1) B<sub>12</sub>
- 2) B<sub>9</sub>
- 3) C
- 4) D

**ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ**

- 1) зависит от степени ожирения
- 2) часто выявляется у девочек
- 3) характерна для мальчиков
- 4) характерна только при дебюте ожирения в пубертате

**СИБУТРАМИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

- 1) является препаратом выбора
- 2) назначается при выявлении сахарного диабета
- 3) применяется в комплексе с орлистатом
- 4) запрещен

**У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, СКРИНИНГ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (В ГОДАХ)**

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 1,5

**У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ЛЕПТИНА ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в возрасте 18 лет и старше
- 2) с 7 лет жизни
- 3) в первые месяцы жизни
- 4) в подростковом возрасте

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АЛЬСТРЕМА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**

- 1) гиперпролактинемии
- 2) гипокортицизма
- 3) дистрофии сетчатки
- 4) гиперсекреции СТГ

**«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА СЧИТАЕТСЯ**

- 1) сфинктероманометрия
- 2) интраэзофагеальная импедансометрия

- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) внутрипищеводная 24 часовая рН-метрия

### **ПРИ ВЫБОРЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) монотерапии антигипертензивным препаратом длительного действия
- 2) монотерапии антигипертензивным препаратом короткого действия
- 3) комбинированной терапии антигипертензивными препаратами короткого действия
- 4) комбинированной терапии антигипертензивными препаратами длительного и короткого действия

### **«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) спирометрия
- 2) дневная полисомнография
- 3) ночная полисомнография
- 4) пульсоксиметрия

### **ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МОНОГЕННЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) бронхообструктивный синдром
- 2) задержка психомоторного развития
- 3) ожирение с первых месяцев жизни
- 4) нарушение психической деятельности

### **САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ СПОСОБОМ ДИАГНОСТИКИ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) суточное мониторирование АД
- 2) ведение дневника АД
- 3) разовое измерение АД
- 4) трехкратное измерение АД

### **НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ ОТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 7,8 до 11,1
- 2) 7,6 до 11,1
- 3) 7,8 до 10,5
- 4) 7,6 до 10,5

### **САМЫМ ЧАСТЫМ ВИДОМ АПНОЭ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) апноэ смешанного генеза
- 2) обструктивное апноэ
- 3) центральное апноэ с гиперкапнией
- 4) центральное апноэ с гипокапнией

**ДЕТЯМ С ОЖИРЕНИЕМ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВЫХ БЛЮД НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ \_\_\_\_\_ СУП/СУПЫ**

- 1) рыбный
- 2) вегетарианские
- 3) мясной
- 4) куриный

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ОЖИРЕНИЕ**

- 1) моногенное
- 2) эндокринное
- 3) экзогенно-конституциональное
- 4) церебральное

**КЛЮЧЕВЫМИ ЗВЕНЬЯМИ ПАТОГЕНЕЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ: АКТИВАЦИЯ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ, ЧРЕЗМЕРНАЯ ЗАДЕРЖКА НАТРИЯ И ЖИДКОСТИ В ОРГАНИЗМЕ И**

- 1) активация парасимпатической нервной системы
- 2) активация симпатической нервной системы
- 3) оксидативный стресс
- 4) развитие гиперхолестеринемии

**МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ОРЛИСТАТА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ПОДРОСТКОВ (В МГ)**

- 1) 240
- 2) 120
- 3) 360
- 4) 60

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА ХАРАКТЕРНО**

- 1) митохондриальное наследование
- 2) аутосомно-доминантное наследование
- 3) аутосомно-рецессивное наследование
- 4) сцепленное с полом наследование

**ОТНОСИТЕЛЬНО БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ**

- 1) аритмий, вследствие электролитных нарушений
- 2) желчнокаменной болезни
- 3) транзиторного гипокортицизма
- 4) синдрома внутрочерепной гипертензии

**САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) вазоренальная артериальная гипертензия

- 2) коарктация аорты
- 3) феохромоцитома
- 4) эссенциальная артериальная гипертензия

### **ВСЕМ ДЕТЯМ С ОЖИРЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- 1) УЗИ брюшной полости
- 2) ночная полисомнография
- 3) МРТ головного мозга
- 4) осмотр глазного дна

### **ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ НЕОБХОДИМО**

- 1) однократное измерение уровня АД сидя
- 2) трехкратное измерение уровня АД сидя
- 3) суточное мониторирование ЭКГ
- 4) определение разности между величиной АД сидя и стоя

### **БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ**

- 1) наличие жирового гепатоза
- 2) наличие остеопороза
- 3) наличие дислипидемии
- 4) величину жирового коэффициента

### **ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) лечение метформинем в сочетании с витамином Е
- 2) лечение витамином Е
- 3) изменение образа жизни, направленное на снижение веса
- 4) лечение витамином С

### **У ДЕВОЧКИ 2 ЛЕТ ЖИЗНИ, РОЖДЕННОЙ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НАБОРОМ МАССЫ ТЕЛА НА ФОНЕ ПОЛИФАГИИ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НОРМАЛЬНЫМ ПСИХОМОТОРНЫМ РАЗВИТИЕМ, НАЛИЧИЕМ ОЖИРЕНИЯ И НЕОПРЕДЕЛЯЕМО НИЗКИМ УРОВНЕМ ЛЕПТИНА В КРОВИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НАЛИЧИЕ**

- 1) мутации в гене лептина
- 2) мутации в гене рецептора лептина
- 3) синдрома Беквита-Видемана
- 4) синдрома Нунан

### **ЛАБИЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА ВРЕМЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТ \_\_\_\_ДО\_\_\_\_ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 25; 50

- 2) 10; 25
- 3) 25; 40
- 4) 10; 40

**ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ МУТАЦИИ ГЕНА ЛЕПТИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) низкий уровень кортизола
- 2) гипоинсулинемия
- 3) низкий уровень лептина
- 4) низкий уровень АКТГ

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАЛЬЧИКА 9 ЛЕТ, С ОЖИРЕНИЕМ И НАЛИЧИЕМ ПОЛИДАКТИЛИИ, КРИПТОРХИЗМА, СНИЖЕНИЕМ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ С 6 ЛЕТ В АНАМНЕЗЕ, СООТВЕТСТВУЕТ СИНДРОМУ**

- 1) Шерешевского-Тернера
- 2) Прадера-Вилли
- 3) Нунан
- 4) Барде-Бидля

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛОМКОЙ X-ХРОМОСОМЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) артериальной гипотонии
- 2) выступающих передних резцов
- 3) нормального интеллекта
- 4) макроорхидизма

**РЕБЕНКУ С ОЖИРЕНИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ \_\_\_\_\_ РАЦИОН**

- 1) низкобелковый
- 2) низкокалорийный
- 3) нормокалорийный
- 4) высокобелковый

**У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в первые месяцы жизни
- 2) с 7 лет жизни
- 3) в подростковом возрасте
- 4) в возрасте 18 лет и старше

**ЗА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ОТВЕЧАЕТ**

- 1) ген SON1
- 2) ген BBS1
- 3) область 15q11-13
- 4) ген FMR1

**ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ СИНДРОМАЛЬНЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нарушение иммунной системы

- 2) головные боли
- 3) задержка психомоторного развития
- 4) высокорослость

### **ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ОСНОВАНА НА**

- 1) чередовании разгрузочных дней с использованием монопродуктов
- 2) редуцированном гипокалорийном рационе
- 3) увеличении потребления питьевой воды
- 4) сбалансированном питании по возрасту

### **МЕТФОРМИН РАЗРЕШЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА У ДЕТЕЙ**

- 1) любого возраста
- 2) с 10 лет
- 3) при непереносимости инсулина
- 4) только при наличии артериальной гипертензии

### **САМОЙ ЧАСТОЙ МОНОГЕННОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОЖИРЕНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) 21 гидроксилазы
- 2) глюкокиназы
- 3) проконвертазы 1 типа
- 4) рецепторов меланокортинов 4 типа

### **ПРИ БЫСТРОМ СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- 1) желчнокаменной болезни
- 2) гипогликемических состояний
- 3) транзиторного гипокортицизма
- 4) аритмий вследствие электролитных нарушений

### **ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ**

- 1) только при морбидных формах
- 2) при любой его степени
- 3) только при наличии осложнений
- 4) с 14 лет

### **ЦЕЛЕВЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нормализация уровней ферментов печени
- 2) уменьшение размеров печени по данным УЗИ
- 3) достижение «нормальной» массы тела
- 4) изменение структуры паренхимы печени по данным УЗИ

### **ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И**

## **ФОРМИРУЮЩИМСЯ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ**

- 1) направленное на снижение массы тела
- 2) препаратами метформина
- 3) комбинацией препаратов метоформина и спиронолактона
- 4) препаратами ципротерона ацетата

## **ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НАРЯДУ С ИЗМЕРЕНИЕМ РОСТА И МАССЫ ТЕЛА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ**

- 1) величину кожной складки
- 2) костный возраст ребенка
- 3) рост и массу тела родителей
- 4) возраст и пол ребенка

## **ПРЕПАРАТОМ, СНИЖАЮЩИМ АППЕТИТ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ловастатин
- 2) метформин
- 3) хинаприл
- 4) эналаприл

## **ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) эластография печени
- 2) тонкоигольная биопсия печени
- 3) МРТ брюшной полости
- 4) УЗИ брюшной полости

## **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) персистирующая глюкозурия
- 2) сахарный диабет 1 типа
- 3) сахарный диабет 2 типа
- 4) нарушение толерантности к глюкозе

## **НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА ЕСТЬ РИСК РАЗВИТИЯ**

- 1) гипотиреоза
- 2) нарушения толерантности к углеводам
- 3) ожирения
- 4) тиреотоксикоза

## **У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) с 7 лет жизни
- 2) до 5 лет жизни
- 3) в возрасте 18 лет и старше

4) в подростковом возрасте

**ДЛЯ ОЦЕНКИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО**

- 1) определение содержания глюкозы в моче
- 2) проведение теста с нагрузкой глюкозой
- 3) исследование уровня глюкозы глюкометром перед сном
- 4) исследование микроальбуминурии

**КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) избыточным поступлением калорий
- 2) травмой головного мозга
- 3) врожденными пороками развития центральной нервной системы
- 4) мутациями в гене проопиомеланокортина

**ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ 25ОН ВИТАМИНА D МЕНЕЕ (НГ/МЛ)**

- 1) 20
- 2) 30
- 3) 25
- 4) 15

**К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНЕМИИ У ДЕВОЧЕК С ОЖИРЕНИЕМ ОТНОСЯТ**

- 1) задержку роста
- 2) галакторею
- 3) наличие стрий на теле
- 4) гирсутизм, акне

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ**

- 1) суточной пульсоксиметрии
- 2) специализированный опросник
- 3) дневную полисомнографию
- 4) ночную полисомнографию

**ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ, РАЗВИВШЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ, НЕКОТОРЫХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- 1) конституциональным
- 2) ятрогенным
- 3) синдромальным
- 4) гипоталамическим

**ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ, КРОМЕ ИЗМЕРЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ**

- 1) показатели роста и веса при рождении
- 2) рост и вес родителей
- 3) величину кожной складки
- 4) рост и пол ребенка

#### **У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛОМКОЙ X-ХРОМОСОМЫ ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в возрасте 18 лет и старше
- 2) с 7 лет жизни
- 3) до 5 лет жизни
- 4) в подростковом возрасте

#### **ДЛЯ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПСИХОЛОГА**

- 1) желательна
- 2) показана только для детей с психическими нарушениями
- 3) показана только для родителей пациента
- 4) показана только при стационарном лечении больного

#### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ**

- 1) ЭХО-КГ
- 2) ЭКГ
- 3) МРТ сердца
- 4) суточного мониторирования АД

#### **ОЦЕНКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ**

- 1) суточного мониторирования уровня гликемии
- 2) расчетных индексов
- 3) определения соотношения триглицеридов и инсулина в сыворотке крови
- 4) определения уровня инсулина и проинсулина в сыворотке крови

#### **СНИЖЕНИЮ АППЕТИТА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ СПОСОБСТВУЕТ**

- 1) увеличение объема порции
- 2) ограничение приема пищи на ночь
- 3) резкое ограничение жира
- 4) исключение из блюд приправ и пряностей

#### **У ДЕВОЧКИ 2 ЛЕТ ЖИЗНИ, РОЖДЕННОЙ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НАБОРОМ МАССЫ ТЕЛА НА ФОНЕ ПОЛИФАГИИ С ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НОРМАЛЬНЫМ ПСИХОМОТОРНЫМ РАЗВИТИЕМ, НАЛИЧИЕМ ОЖИРЕНИЯ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НАЛИЧИЕ**

- 1) синдрома Нунан

- 2) грелина
- 3) мутации в гене проопиомеланокортина
- 4) синдрома Прадра-Вилли

### **САМЫМ ЧАСТЫМ НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нарушение толерантности к глюкозе
- 2) сахарный диабет 1 типа
- 3) сахарный диабет 2 типа
- 4) MODY диабет

### **КЕТОГЕННАЯ ДИЕТА С ВЫРАЖЕННОЙ РЕДУКЦИЕЙ УГЛЕВОДОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) низкобелковой диетой
- 2) наиболее эффективной при наличии артериальной гипертензии
- 3) основой терапии ожирения у детей и подростков
- 4) альтернативной диетой

### **НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ 25ОН ВИТАМИНА D (НГ/МЛ)**

- 1) 15-10
- 2) 40-50
- 3) 31-40
- 4) 21-29

### **ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БАРДЕ-БИДЛЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) гипогонадизма
- 2) гиперсекреции СТГ
- 3) гиперпролактинемии
- 4) гипоинсулинемии

### **ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ У РЕБЕНКА С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И РЫЖИМ ЦВЕТОМ ВОЛОС ПОЗВОЛЯЮТ ЗАПОДОЗРИТЬ**

- 1) дефицит биотинидазы
- 2) дефицит 21-гидроксилазы
- 3) дефицит проопиомеланокортина
- 4) дефицит 7-дегидрохолестерол редуктазы

### **НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) исследование уровней АЛТ, АСТ
- 2) биопсия печени
- 3) УЗИ печени
- 4) МР-спектроскопия печени

### **ПРИ 3 СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 3,1-3,9
- 2) 2,6-3
- 3) 2-2,5
- 4) больше 4

### **ЧАСТОЙ ОШИБКОЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) определение белковой квоты суточного рациона с учетом возраста
- 2) запрет на прием пищи после 18 часов
- 3) увеличение доли функциональных продуктов на основе клетчатки
- 4) ограничение сладких газированных напитков и соков

### **ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ, РАЗВИВШЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОБЛАСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- 1) экзогенно-конституциональным
- 2) гипоталамическим
- 3) морбидным
- 4) висцеральным

### **КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) процент жировой ткани, определенный по биоимпедансометрии
- 2) толщина кожных складок, оцененная с помощью калипетрометрии
- 3) окружность талии с учетом возраста и пола
- 4) стандартное отклонение ИМТ (SDS ИМТ)

### **К ОПТИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ**

- 1) массаж и физиопроцедуры
- 2) занятия в тренажерном зале с инструктором
- 3) активные игры
- 4) уменьшение дневного сна в пользу длительного бодрствования

### **ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ, РАЗВИВШЕЕСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ИЛИ ИНСУЛЬТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) конституционально-экзогенным
- 2) генетическим
- 3) алиментарным
- 4) гипоталамическим

### **К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СВОБОДНОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, ПОЗИЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И**

- 1) оксигенотерапию
- 2) УВЧ-терапию

- 3) ДЭНС-терапию
- 4) SPAP-терапию

### **РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С**

- 1) синдромом Альстрема
- 2) мутацией в гене рецептора меланокортина 4 типа
- 3) синдромом Беквита-Видемана
- 4) синдромом Сотоса

### **НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) измерение окружности талии
- 2) калиперометрия
- 3) биоимпедансометрия
- 4) МРТ брюшной полости

### **ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ПРОКОНВЕРТАЗЫ 1-ГО ТИПА ХАРАКТЕРНО**

- 1) митохондриальное наследование
- 2) аутосомно-доминантное наследование
- 3) аутосомно-рецессивное или доминантное наследование
- 4) сцепленное с полом наследование

### **РЕБЕНКУ С ОЖИРЕНИЕМ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ВКЛЮЧЕНИЕ В РАЦИОН ПРОДУКТОВ С**

- 1) пробиотиками
- 2) высоким гликемическим индексом
- 3) высоким содержанием пищевых волокон
- 4) пребиотиками

### **МЕТФОРМИН У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

- 1) является препаратом выбора для лечения ожирения
- 2) показан при наличии сахарного диабета 2 типа
- 3) рекомендован при наличии жирового гепатоза
- 4) препятствует развитию желчнокаменной болезни

### **ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У ДЕТЕЙ ДО 10 ЛЕТ – ЭТО УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В СЫВОРОТКЕ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) >1,7
- 2) >1,3
- 3) >1,0
- 4)  $\geq$ 1,9

### **ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ**

- 1) багровых стрий
- 2) стрептодермии

- 3) гиперкератоза
- 4) акантоза

### **ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) хронической почечной недостаточности
- 2) ранней артериальной гипертензии, рефрактерной к антигипертензивной терапии
- 3) тонких розовых стрий
- 4) выраженных периферических отеков

### **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО**

- 1) проведение УЗДГ сосудов почек
- 2) суточное мониторирование давления
- 3) наличие венного пульса на глазном дне
- 4) измерение артериального давления на руках и на ногах

### **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СВЫШЕ 60 МИНУТ В ДЕНЬ**

- 1) дает дополнительные преимущества для здоровья
- 2) противопоказана в связи с риском криза артериальной гипертензии
- 3) рекомендуется только для взрослых и не применяется у детей
- 4) рекомендуется не чаще 2-х раз в неделю в виде кардионагрузок

### **ДЕТЯМ С ОЖИРЕНИЕМ В КАЧЕСТВЕ НАПИТКА СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ**

- 1) кисель
- 2) дегазированную минеральную воду
- 3) сок
- 4) сладкий чай

### **ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АЛЬСТРЕМА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**

- 1) гиперпролактинемии
- 2) гипокортицизма
- 3) сахарного диабета
- 4) гиперсекреции СТГ

### **НАЛИЧИЕ АКАНТОЗА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ**

- 1) предшествует развитию ожирения
- 2) характерно для мальчиков
- 3) является маркером инсулинорезистентности
- 4) характерно для девочек

**У ДЕВОЧКИ 16 ЛЕТ С ОЖИРЕНИЕМ, ИЗБЫТОЧНЫМ РОСТОМ ВОЛОС НА ТЕЛЕ И ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ, НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ 17ОН ПРОГЕСТЕРОНА И ДГЭА-С, ПОВЫШЕННЫМ ЛГ И СВОБОДНЫМ ТЕСТОСТЕРОНОМ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ГИРСУТИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) андрогенпродуцирующая опухоль надпочечника
- 2) неклассическая форма ВДКН
- 3) формирующийся синдром поликистозных яичников
- 4) андрогенпродуцирующая опухоль яичника

#### **ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ЛЕПТИНА ЭФФЕКТИВНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- 1) ожирения на фоне приема антидепрессантов
- 2) конституционально-экзогенного ожирения
- 3) моногенной формы ожирения
- 4) ожирения при синдроме Прадера-Вилли

#### **ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКА В 13 ЛЕТ НАРЯДУ С ИЗМЕРЕНИЕМ РОСТА И МАССЫ ТЕЛА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ**

- 1) показатели роста и массы тела при рождении
- 2) рост и массу тела родителей
- 3) пол ребенка
- 4) время года, в которое проводится измерение

#### **ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ПРООПИОМЕЛАНКОРТИНА ХАРАКТЕРНО**

- 1) аутосомно-доминантное наследование
- 2) аутосомно-рецессивное наследование
- 3) митохондриальное наследование
- 4) сцепленное с полом наследование

#### **ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЛЕПТИНА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

- 1) отражает количество висцерального жира в организме
- 2) является биомаркером нарушений углеводного обмена
- 3) является биомаркером инсулинорезистентности
- 4) отражает общее количество жировой ткани в организме

#### **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) субклинический гипотиреоз
- 2) диффузный токсический зоб
- 3) многоузловой эутиреоидный зоб
- 4) токсическая аденома щитовидной железы

#### **С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

- 1) обусловленным хромосомными нарушениями
- 2) с механизмом геномного импринтинга
- 3) исключительно моногенным
- 4) полигенным

#### **У МАЛЬЧИКА С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ, С НЕОБХОДИМОСТЬЮ В ЗОНДОВОМ**

**ПИТАНИИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НАБОРОМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ФОНЕ ПОЛИФАГИИ С 2 ЛЕТ ЖИЗНИ, НАЛИЧИЕМ КРИПТОРХИЗМА, КЛИНИЧЕСКИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ СИНДРОМ**

- 1) Барде-Бидля
- 2) Беквита-Видемана
- 3) Прадера-Вилли
- 4) Нунан

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ПРИЕМА ПИЩИ В ДЕНЬ \_\_\_\_\_ РАЗ/РАЗА**

- 1) 8-10
- 2) 1-2
- 3) 4-5
- 4) 2-3

**МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ, ФОРМИРОВАНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА И**

- 1) нарушение кислотообразования в желудке
- 2) нарушение секретообразования в желудке
- 3) микроциркуляторные расстройства
- 4) нарушение моторики пищевода

**У ДЕТЕЙ С ПРОСТЫМ ОЖИРЕНИЕМ УРОВЕНЬ \_\_\_\_\_ ЧАЩЕ СНИЖЕН**

- 1) инсулина
- 2) АЛТ
- 3) лептина
- 4) витамина Д

**У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АЛЬСТРЕМА ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в подростковом возрасте
- 2) в возрасте 18 лет и старше
- 3) с 7 лет жизни
- 4) до 5 лет жизни

**В ОСНОВЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЛЕЖИТ**

- 1) отсутствие изменения чувствительности к инсулину
- 2) изменение чувствительности к инсулину в мышечной ткани
- 3) увеличение чувствительности к инсулину на всех метаболических путях
- 4) снижение чувствительности к инсулину на всех метаболических путях

**САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипоталамическое
- 2) простое (конституционально-экзогенное)

- 3) моногенное
- 4) синдромальное

### **К БОЛЕЗНЯМ ГЕНОМНОГО ИМПРИНТИНГА ОТНОСИТСЯ**

- 1) синдром Нунан
- 2) мутация гена рецептора меланокортина 4 типа
- 3) синдром Шерешевского-Тернера
- 4) синдром Беквита-Видемана

### **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) терапия орлистатом
- 2) терапия метформином
- 3) нормализация массы тела
- 4) терапия витамином Е

### **РЫЖИЙ ЦВЕТ ВОЛОС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МОНОГЕННОЙ ФОРМЫ ОЖИРЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ ГЕНА**

- 1) проконвертазы 1-го типа
- 2) рецептора меланокортина 4 типа
- 3) лептина
- 4) проопиомеланокортина

### **КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) акантоз
- 2) кандидоз
- 3) задержка роста
- 4) синдром апноэ

### **ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- 1) ультрафиолетового облучения
- 2) опухоли или травмы гипоталамуса
- 3) неправильного введения прикормов на первом году жизни ребенка
- 4) дефицита витамина Д

### **У ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗОМ 1А ТИПА ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в возрасте 18 лет и старше
- 2) с 7 лет жизни
- 3) до 5 лет жизни
- 4) в подростковом возрасте

### **УРОВЕНЬ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА-СУЛЬФАТА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ФОРМИРУЮЩИМСЯ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

- 1) значительно снижен

- 2) умеренно снижен
- 3) повышен
- 4) в пределах нормы

### **К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ПОБОЧНОМУ ЭФФЕКТУ ОРЛИСТАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ**

- 1) психические расстройства
- 2) нарушения ритма сердца
- 3) синкопальные состояния
- 4) диарею

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСНОВНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОЗВОЛЯЕТ**

- 1) оценить наличие апноэ-гипопноэ сна
- 2) оценить риск развития сахарного диабета
- 3) персонифицировать питание
- 4) определить наличие метаболических осложнений ожирения

### **ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ЛЕПТИНА ХАРАКТЕРНО**

- 1) сцепленное с полом наследование
- 2) митохондриальное наследование
- 3) аутосомно-доминантное наследование
- 4) аутосомно-рецессивное наследование

### **ДИАГНОСТИКА ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ ОСНОВАНА НА НОРМАХ РОСТА И ВЕСА, РАЗРАБОТАННЫХ**

- 1) европейским обществом детских эндокринологов
- 2) всемирной организацией здравоохранения
- 3) международной группой по изучению ожирения
- 4) центрами по профилактике заболеваний США

### **РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПОЛИФАГИИ У МАЛЬЧИКА С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ, НАЛИЧИЕМ ПОЛИДАКТИЛИИ ПРИ РОЖДЕНИИ, КРИПТОРХИЗМОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Прадера-Вилли
- 2) Беквита-Видемана
- 3) Барде-Бидля
- 4) Нунан

### **НАЛИЧИЕ «ЧЕРНОГО АКАНТОЗА» У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ АССОЦИИРОВАНО С**

- 1) синдромом обструктивного апноэ во сне
- 2) дислипидемией
- 3) инсулинорезистентностью
- 4) задержкой полового развития

### **САМЫМ ЧАСТЫМ ВИДОМ АПНОЭ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ АПНОЭ**

- 1) смешанного генеза
- 2) центральное с гиперкапнией
- 3) обструктивное
- 4) центральное с гипокапнией

#### **КРИТЕРИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ИМТ  $\geq 30$
- 2) SDS ИМТ  $\geq 2,0$
- 3) SDS ИМТ 1,-1,99
- 4) ИМТ  $\geq 25$

#### **ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КОЭНА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) нормального интеллекта
- 2) выступающих передних резцов
- 3) макроорхидизма
- 4) низкого роста

#### **МАКСИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОГО ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) 100 г сухого вещества глюкозы
- 2) 1,75 г на 1 кг массы тела ребенка
- 3) 75 г сухого вещества глюкозы
- 4) 50 г сухого вещества глюкозы

#### **ОЦЕНКА КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ**

- 1) биоимпедансометрии
- 2) расчета соотношения окружности талии/бедра
- 3) определения индекса массы тела
- 4) визуального осмотра ребенка

#### **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ ВЫСОКО-НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ**

- 1) проводится при наличии  $\geq 2$  факторов риска
- 2) не проводится
- 3) проводится при наличии поражения органов-мишеней
- 4) проводится при наличии  $\geq 3$  факторов риска

#### **НИЗКИЙ РОСТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С**

- 1) синдромом Беквита-Видемана
- 2) синдромом Сотоса
- 3) мутацией в гене рецептора меланокортина 4 типа
- 4) синдромом Прадера-Вилли

## **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТОЙКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЮТ**

- 1) назначение длительной кетогенной диеты
- 2) антигипертензивную терапию
- 3) дозированные физические нагрузки в сочетании с приемом спазмолитических препаратов
- 4) ограничительный постельный режим, гирудотерапию

## **ДЕТЯМ С ОЖИРЕНИЕМ В КАЧЕСТВЕ ГАРНИРА НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ**

- 1) овощи отварные
- 2) макароны
- 3) картофель
- 4) фаст-фуд

## **БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) методом оценки висцерального ожирения
- 2) неинвазивным исследованием
- 3) стандартом диагностики жирового гепатоза
- 4) суточным по длительности исследованием

## **В ОСНОВЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ЛЕЖИТ \_\_\_\_\_ АДИПОЦИТОВ**

- 1) уменьшение количества
- 2) увеличение количества
- 3) увеличение размера
- 4) уменьшение размера

## **В ОСНОВЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ЛЕЖИТ \_\_\_\_\_ АДИПОЦИТОВ**

- 1) уменьшение размера
- 2) уменьшение количества
- 3) увеличение размера
- 4) увеличение количества

## **МОНОГЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ ГЕНА**

- 1) рецептора меланокортина 4 типа
- 2) лептина
- 3) проконвертазы 1-го типа
- 4) проопиомеланокортина

## **ПРИ ОЖИРЕНИИ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧАТЬ В РАЦИОН ПИТАНИЯ**

- 1) копчености
- 2) соленья и маринованные овощи
- 3) свежие фрукты и овощи
- 4) жирные сорта мяса

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ II СТЕПЕНИ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ**

- 1) при неэффективности немедикаментозной терапии в течение 6 месяцев
- 2) при неэффективности немедикаментозной терапии в течение 12 месяцев
- 3) при неэффективности немедикаментозной терапии в течение 3 месяцев
- 4) одновременно с немедикаментозной

**РАСЧЕТНОЙ ДОЗОЙ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРНОГО ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) 1,75 г на 1 кг массы тела ребенка, но не более 75 г
- 2) 100 мл глюкозы раствора 5%
- 3) 50 г сухого вещества глюкозы
- 4) 100 г сухого вещества глюкозы

**ГИПОГОНАДИЗМ, МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ, ОЖИРЕНИЕ, НИЗКИЙ РОСТ, ЗАДЕРЖКА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Гиппеля-Линдау
- 2) Клайнфельтера
- 3) Прадера-Вилли
- 4) МакКьюна-Олбрайта

**ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В НЕДЕЛЮ ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ \_\_\_\_\_ РАЗ/РАЗА**

- 1) 3-4
- 2) 1-2
- 3) 6-7
- 4) 2-3

**ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- 1) чередование гипокалорийной и кетогенной диет
- 2) контроль размера и количества порций
- 3) не принимать пищу после 18 часов
- 4) ежедневное потребление не менее 2,5 литров воды

**ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА \_\_\_\_\_ ЛЕТ**

- 1) 10
- 2) 15
- 3) 13
- 4) 14

**У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ПРОКОНВЕРТАЗЫ 1-ГО ТИПА ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в подростковом возрасте
- 2) в возрасте 18 лет и старше

- 3) с 7 лет жизни
- 4) в первые месяцы жизни

### **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПОКАЗАНО**

- 1) назначение генноинженерного лептина
- 2) применение препаратов сульфонилмочевины
- 3) назначение препаратов инсулина
- 4) снижение массы тела

### **У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БАРДЕ-БИДЛЯ ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в возрасте 18 лет и старше
- 2) с 7 лет жизни
- 3) до 5 лет жизни
- 4) в подростковом возрасте

### **БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ В РОССИИ**

- 1) разрешена только у подростков с морбидным ожирением
- 2) применяется также, как и у взрослых
- 3) основана на применении бандажирования желудка
- 4) применяется в рутинной практике

### **У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ РАЗЛИЧАЮТ \_\_\_\_ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

- 1) 5 базовых типов
- 2) 4 базовых типа
- 3) 3 базовых типа
- 4) 2 базовых типа

### **У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ РЕЦЕПТОРА МЕЛАНКОРТИНА 4 ТИПА ОЖИРЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) в возрасте 18 лет и старше
- 2) с 7 лет жизни
- 3) в первые месяцы жизни
- 4) в подростковом возрасте

### **АКАНТОЗ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТО АССОЦИИРОВАН С РАЗВИТИЕМ**

- 1) желчнокаменной болезни
- 2) преждевременного полового развития
- 3) инсулинорезистентности
- 4) хронического кожно-слизистого кандидоза

### **НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) холтеровское мониторирование ЭКГ
- 2) ЭКГ
- 3) ЭхоКГ

4) МРТ сердца

**ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ФОРМИРУЮЩИМСЯ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- 1) гликированный гемоглобин
- 2) оральный глюкозо-толерантный тест
- 3) фруктозамин
- 4) показатель гликемии натощак

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АЛЬСТРЕМА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) выступающих передних резцов
- 2) брахидактилии
- 3) макроорхидизма
- 4) тугоухости

**ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ГИПЕРКОРТИЦИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) высокий рост
- 2) перераспределение подкожной жировой клетчатки по кушингоидному типу, наличие стрий
- 3) дебют в первые месяцы жизни
- 4) сопутствующая полиурия, полидипсия

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДИУРЕТИКИ**

- 1) показаны при наличии гиперурикемии
- 2) наиболее эффективны при морбидных формах ожирения
- 3) назначаются курсами несколько раз в год
- 4) не применяются

**НИЗКАЯ ГРУППА РИСКА МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА РЕБЕНКУ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ**

- 1) факторов риска и наличия поражения органов-мишеней
- 2) поражения органов-мишеней и наличия не более 1 фактора риска
- 3) поражения органов-мишеней и наличия не более 2 факторов риска
- 4) факторов риска и поражения органов-мишеней

**НАЛИЧИЕ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) простого ожирения
- 2) гипоталамического ожирения
- 3) синдромального ожирения
- 4) моногенных форм ожирения

**ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- 1) индекса массы тела
- 2) окружности талии

- 3) абсолютного значения массы тела
- 4) разности роста и массы тела

### **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) сахарный диабет
- 2) нарушение обмена мочевой кислоты
- 3) нарушение толерантности к глюкозе
- 4) дислипидемия

### **ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ СТЕАТОГЕПАТИТА ПРИ РАЗВИТИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) АЛТ
- 2) АСТ
- 3) щелочная фосфатаза
- 4) ГГТ

### **ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОСНОВАНО НА ПРИМЕНЕНИИ**

- 1) сбалансированного питания
- 2) курсов массажа в сочетании с физиопроцедурами
- 3) циклических курсов витаминотерапии
- 4) гипокалорийных диет в сочетании с занятиями в спортивных секциях

### **РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПОЛИФАГИИ У МАЛЬЧИКА С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ, НАЛИЧИЕМ НЕОНАТАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ, С ВЯЛОСТЬЮ СОСАНИЯ И КРИПТОРХИЗМОМ В АНАМНЕЗЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Беквита-Видемана
- 2) Прадера-Вилли
- 3) Барде-Бидля
- 4) Нунан

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСНОВНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖИРЕНИИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ**

- 1) метаболографа
- 2) беговой дорожки
- 3) определения числа дыхательных движений и частоты пульса
- 4) кислородной барокамеры

### **ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) отсутствие метаболических осложнений
- 2) сочетание с множественными компрессионными переломами
- 3) быстро прогрессирующий характер

4) перераспределение подкожной жировой клетчатки по кушингоидному типу

**ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ MATSUDA ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛЮКОЗЫ И ИНСУЛИНА В \_\_\_\_\_ ВРЕМЕННЫХ ТОЧКАХ**

- 1) 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

**ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) ежедневное потребление не менее 3 литров воды
- 2) чередование гипокалорийной и кетогенной диет
- 3) обогащение рациона овощами
- 4) отказ от приема пищи после 18 часов

**УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ДЕТЕЙ С ПРОСТЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

- 1) является маркером нарушений углеводного обмена
- 2) отражает количество висцеральной жировой ткани
- 3) является маркером инсулинорезистентности
- 4) отражает общее количество жировой ткани

**РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕННОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ С ПИЩЕЙ**

- 1) углеводов
- 2) только жиров
- 3) только белков
- 4) жиров и белков

**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СКРИНИНГА ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ЭКГ
- 2) Rg грудной клетки
- 3) МРТ сердца
- 4) ЭхоКГ

**ТЕРАПИЯ РЕКОМБИНАНТНЫМ ЛЕПТИНОМ ПОКАЗАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ**

- 1) перед проведением бариатрического вмешательства
- 2) после комплексной терапии опухолей головного мозга
- 3) при неэффективности диетотерапии
- 4) вследствие врожденного дефицита лептина

**ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) ежедневное потребление 2,5 литров воды
- 2) разгрузочные дни на овощных бульонах
- 3) отказ от приема пищи после 18 часов

4) ограничение сладких фруктов

**У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ РЕЖИМ ПИТАНИЯ ДОЛЖЕН СОСТОЯТЬ ИЗ ПРИЕМОВ ПИЩИ \_\_\_\_\_ РАЗ/РАЗА В ДЕНЬ**

- 1) 2-3
- 2) 4-5
- 3) 5-6
- 4) 3-4

**ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИЕТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ**

- 1) уменьшения доли жиров животного происхождения
- 2) редукции белка
- 3) ограничения сладких газированных напитков
- 4) частого дробного приема пищи

**СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ИМТ  $\geq 25$
- 2) ИМТ  $\geq 30$
- 3) SDS ИМТ  $\geq 1.0$
- 4) SDS ИМТ  $\geq 2.0$

**ПРИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОМ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ИЗБЫТОЧНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ ЖИРА**

- 1) распределяется равномерно
- 2) выявляется на конечностях
- 3) определяется в области лица
- 4) отмечается в области пупка

**К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ**

- 1) прием лекарственных препаратов
- 2) избыточное поступление калорий
- 3) психические заболевания
- 4) пубертат

**ГЛАВНОЙ ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МОНОГЕННЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дебют в первые месяцы жизни
- 2) наличие полиурии, полидипсии
- 3) наличие генетического синдрома
- 4) задержка психомоторного развития, сниженный интеллект

**ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 10 ЛЕТ – ЭТО УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В СЫВОРОТКЕ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1)  $>1,4$

- 2) >1,5
- 3) ≥1,7
- 4) ≥2,0

**ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ОРЛИСТАТА ПОДРОСТКУ С ОЖИРЕНИЕМ К ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОБАВЛЯТЬ**

- 1) калийсберегающие диуретики
- 2) газированную минеральную воду
- 3) витамины
- 4) ферментные препараты

**СОЧЕТАНИЕ ОЖИРЕНИЯ, НАРУШЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧКИ В 5 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) сахарного диабета 2 типа
- 2) синдрома Прадера – Вилли
- 3) опухоли головного мозга
- 4) врожденного дефицита лептина

**ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОДИНАМИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СОКРАЩЕНИЕ НЕАКТИВНОГО ВРЕМЕНИ, ПРОВОДИМОГО ПЕРЕД ЭКРАНОМ ТЕЛЕВИЗОРА, МОНИТОРОМ КОМПЬЮТЕРА ДО**

- 1) 30 минут ежедневно
- 2) 2-х часов в неделю
- 3) 4-х часов ежедневно
- 4) 2-х часов в день

**ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ**

- 1) криза надпочечниковой недостаточности
- 2) стойкой артериальной гипертензии
- 3) выраженной полифагии
- 4) миотонического синдрома

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипогонадизм
- 2) гиперсекреция СТГ
- 3) гиперпролактинемия
- 4) псевдогипопаратиреоз

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОЖИРЕНИЕМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

- 1) крайне низкая и не является актуальной проблемой
- 2) уменьшается в большинстве стран
- 3) увеличивается во многих странах
- 4) сохраняется на одном уровне

**У МАЛЬЧИКА С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ, НАЛИЧИЕМ КРИПТОРХИЗМА ПРИ РОЖДЕНИИ, ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НАБОРОМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ФОНЕ ПОЛИФАГИИ С ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ, СНИЖЕНИЕМ ЗРЕНИЯ С 6 ЛЕТ ЖИЗНИ, КЛИНИЧЕСКИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ СИНДРОМ**

- 1) Нунан
- 2) Прадера-Вилли
- 3) Беквита-Видемана
- 4) Барде-Бидля

**ПРИ ОЖИРЕНИИ У ПОДРОСТКОВ УРОВЕНЬ 25 ОН ВИТАМИНА Д ЧАСТО**

- 1) является маркером быстро прогрессирующей прибавки массы тела
- 2) повышен
- 3) снижен
- 4) является маркером быстрого роста

**ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ**

- 1) направленное на снижение массы тела
- 2) препаратами витамина Е
- 3) препаратами метформина
- 4) комбинацией препаратов витамина Е и метформина

**КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) наличием пигментных невусов
- 2) задержкой психомоторного развития
- 3) низкой скоростью роста
- 4) высокими показателями линейного роста

**ДЛЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 2,6-3
- 2) больше 4
- 3) 2-2,5
- 4) 3,1-3,9

**Гипогликемия**

[Вернуться в начало](#)

**ГИПОГЛИКЕМИЯ У РЕБЕНКА 2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) врожденного гипопаратиреоза
- 2) врожденного гипотиреоза
- 3) врожденного гипопитуитаризма
- 4) аутоиммунного тиреоидита

**ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОПИТУИТАРИЗМЕ ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ ГИПОГЛИКЕМИИ**

## **НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АДЕКВАТНЫХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ И ХОРОШИХ ТЕМПАХ РОСТА РЕКОМЕНДОВАНА ТЕРАПИЯ**

- 1) октреотидом
- 2) глюкагоном
- 3) diazoxidом
- 4) гормоном роста

## **В ГРУППУ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ВХОДЯТ ДЕТИ**

- 1) с положительным скринингом на врожденный гипотиреоз
- 2) с отягощенным семейным анамнезом по врожденным нарушениям обмена веществ
- 3) с инфекцией мочевых путей
- 4) рожденные от матерей с артериальной гипертензией

## **СОЧЕТАНИЕ КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ И ЗАДЕРЖКИ РОСТА У РЕБЕНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) синдрома МЭН1
- 2) синдрома Бэквита-Видемана
- 3) врожденного гиперинсулинизма
- 4) СТГ-дефицита

## **ДЛЯ \_\_\_\_\_ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ГИПОКЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ**

- 1) гликогеноза I типа
- 2) гликогеноза IX типа
- 3) фруктоземии
- 4) инсулиномы

## **ПРИ ФОКАЛЬНОЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНЗМА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) частичной резекции поджелудочной железы
- 2) субтотальной панкреатэктомии
- 3) панкреатогастродуоденальной резекции
- 4) тотальной панкреатэктомии

## **ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ТЕРАПИИ ДИАЗОКСИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) выпадение волос
- 2) гипогликемии
- 3) делирий
- 4) гипертрихоз

## **ПАРАДОКСАЛЬНО ВЫСОКИЕ УРОВНИ ИНСУЛИНА (БОЛЕЕ 1000 МКЕД/МЛ) У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОГЛИКЕМИЕЙ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПРИ**

- 1) синдроме аутоиммунитета к инсулину
- 2) инсулиноме
- 3) синдроме Бэквита-Видемана

4) врожденном гиперинсулинизме

### **ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ХАРАКТЕРНО**

- 1) наличие лактатацидоза
- 2) наличие гипокетотических гипогликемий
- 3) наличие гипергликемий
- 4) наличие кетоацидоза

### **«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С**

- 1) инсулином
- 2) глюкагоном
- 3) сухоедением
- 4) голоданием

### **ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ**

- 1) подавления секреции соматостатина на фоне гипергликемии
- 2) гиперсекреции АКТГ на фоне гипогликемии
- 3) гиперсекреции глюкагона на фоне гипогликемии
- 4) подавления секреции инсулина на фоне гипогликемии

### **ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЕЙ СЕКРЕЦИИ**

- 1) глюкагона
- 2) инсулина
- 3) АКТГ
- 4) кортизола

### **ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- 1) неправильного строения наружных гениталий
- 2) множественных стигм дисэмбриогенеза
- 3) врожденных пороков почек
- 4) макросомии при рождении

### **КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО?**

- 1) анализ мочи на метанефрины
- 2) мультистероидный профиль крови
- 3) тандемная масспектрометрия крови на аминокислоты и ацилкарнитины
- 4) компьютерная томография брюшной полости

### **ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ХАРАКТЕРНО**

- 1) бессимптомное течение гипогликемического синдрома
- 2) наличие потребности в инфузионной терапии раствором глюкозы
- 3) наличие сопутствующих врожденных пороков развития сердца
- 4) наличие сопутствующих инфекционных заболеваний

## **В ГРУППУ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ВХОДЯТ ДЕТИ**

- 1) с инфекцией мочевых путей
- 2) с положительным скринингом на врожденный гипотиреоз
- 3) с задержкой внутриутробного развития
- 4) рожденные от матерей с артериальной гипертензией

## **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- 1) десмопрессин
- 2) вальпроевую кислоту
- 3) левотироксин
- 4) диазоксид

## **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА**

- 1) альдостерон
- 2) тестостерон
- 3) ТТГ
- 4) инсулин

## **ГИПОГЛИКЕМИЯ ПРИ СИНДРОМЕ БЭКВИТА ВИДЕМАНА КАК ПРАВИЛО**

- 1) сопровождается лактатацидозом
- 2) имеет фармакорезистентное течение
- 3) имеет фармакочувствительное течение
- 4) сопровождается кетоацидозом

## **ГИПОГЛИКЕМИЯ ПРИ СИНДРОМЕ БЭКВИТА ВИДЕМАНА КАК ПРАВИЛО**

- 1) имеет транзиторное течение
- 2) имеет фармакорезистентное течение
- 3) сопровождается кетоацидозом
- 4) сопровождается лактатацидозом

## **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕКОМЕНДОВАН АНАЛИЗ КРОВИ НА**

- 1) инсулин
- 2) ТТГ
- 3) альдостерон
- 4) тестостерон

## **КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипертермия
- 2) агрессия
- 3) сухость кожи
- 4) диарея

## **КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) тошнота
- 2) непроизвольный смех
- 3) артралгия
- 4) полиурия

## **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ И ЗАДЕРЖКЕ РОСТА У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ**

- 1) гипопитуитаризмом и гликогенозом 0 типа
- 2) врожденным гиперинсулинизмом и синдромом Сотоса
- 3) синдромом Шерешевского Тернера и синдромом Сильвера Рассела
- 4) инсулиномой и врожденным гиперинсулинизмом

## **НАЛИЧИЕ КЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) инсулиномы
- 2) глюкагономы
- 3) врожденного гиперинсулинизма
- 4) гликогеноза 1a

## **ДЛЯ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ФОКАЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) МРТ
- 2) ПЭТ/КТ с 18ФДГ
- 3) МСКТ
- 4) ПЭТ/КТ с 18ФДОФА

## **ГИПОГЛИКЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) врожденного гипопитуитаризма
- 2) врожденного гипотиреоза
- 3) инсулиномы
- 4) врожденного гипопаратиреоза

## **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) диарея
- 2) сухость кожных покровов
- 3) сухость во рту
- 4) потливость

## **НАЛИЧИЕ КЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) врожденного гиперинсулинизма
- 2) гликогеноза III типа
- 3) синдрома МЭН1
- 4) аутоиммунного тиреоидита

## **ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гидрокортизон
- 2) диазоксид
- 3) гидрохлортиазид
- 4) нифедипин

## **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) диарея
- 2) сухость во рту
- 3) шум в ушах
- 4) раздражительность

## **ПАЦИЕНТАМ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДОВАНО**

- 1) дробное кормление
- 2) ограничение углеводов в пище
- 3) кормление по требованию
- 4) ограничение фруктов в рационе

## **ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНСУЛИНОМУ У РЕБЕНКА НА ПЕРИОД ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) ингибиторов М-ТОР
- 2) блокаторов кальциевых каналов
- 3) глюкокортикоидов
- 4) диазоксида

## **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ У РЕБЕНКА РЕКОМЕНДОВАНО МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНА**

- 1) CYP21
- 2) ABCC8
- 3) MEN1
- 4) GSK

## **МНОЖЕСТВЕННАЯ ЭНДОКРИННАЯ НЕОПЛАЗИЯ 1 ТИПА (МЭН 1) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) наследственный синдром, характеризующийся гиперплазией или аденомами околощитовидных желез и опухолями островков Лангерганса и/или опухолями гипофиза
- 2) наследственный синдром, включающий медуллярный рак щитовидной железы, феохромоцитому, гиперпаратиреоз или аденомы паращитовидных желез и иногда кожный амилоидоз
- 3) аутосомно-доминантный синдром, включающий медуллярный рак щитовидной железы, феохромоцитому, множественные невромы слизистых оболочек и кишечные ганглионевромы
- 4) наследственный синдром, включающий медуллярный рак щитовидной железы,

феохромоцитому, гиперпаратиреоз или аденомы паращитовидных желез и болезнь Гиршпрунга

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОЗОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ ЦЕЛЕВЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 2,6-4,0
- 2) 2,2-3,3
- 3) 2,5-3,5
- 4) 3,5-8

**КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ СЧИТАЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПОГЛИКЕМИИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ?**

- 1) менее 2,6 ммоль/л
- 2) менее 3,3 ммоль/л
- 3) менее 1,7 ммоль/л
- 4) менее 2,2 ммоль/л

**СОЧЕТАНИЕ ГЕМИГИПЕРПЛАЗИИ, ОМФАЛОЦЕЛЕ И НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) врожденном гипопитуитаризме
- 2) синдроме Дауна
- 3) синдроме Беквита ? Видемана
- 4) врожденных дефектах гликозилирования

**СОЧЕТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ И МАКРОГЛОССИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) врожденных дефектов гликозилирования
- 2) синдрома Бэквита-Видемана
- 3) диабетической фетопатии
- 4) галактоземии

**ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) тест с глюконатом кальция
- 2) проба с голоданием
- 3) оральный глюкозотолерантный тест
- 4) проба с сухоядением

**ГИПОГЛИКЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) инсулиномы
- 2) врожденного гипопаратиреоза
- 3) врожденного гипотиреоза
- 4) врожденного гиперинсулинизма

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С**

- 1) голоданием
- 2) сухоедением
- 3) клофелином
- 4) инсулином

**ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ ПОКАЗАН КОНТРОЛЬ**

- 1) биохимического анализа мочи
- 2) общего анализа крови
- 3) биохимического анализа крови
- 4) общего анализа мочи

**ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ТЕРАПИИ ДИАЗОКСИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) стоматит
- 2) выпадение волос
- 3) задержка жидкости
- 4) конъюнктивит

**ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) врожденного гипотиреоза
- 2) надпочечниковой недостаточности
- 3) врожденного гипопаратиреоза
- 4) аутоиммунного тиреоидита

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНСУЛИНОМУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С**

- 1) клофелином
- 2) инсулином
- 3) сухоедением
- 4) голоданием

**ГИПОГЛИКЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) врожденного гипотиреоза
- 2) внутриутробной инфекции
- 3) инсулиномы
- 4) диабетической фетопатии

**СОЧЕТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ, ХОЛЕСТАЗА И ГИПОНАТРИЕМИИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) центрального несахарного диабета
- 2) врожденного гипотиреоза
- 3) врожденного гиперинсулинизма
- 4) врожденного гипопитуитаризма

## **ПРИ ГЛИКОГЕНОЗАХ РЕКОМЕНДОВАНО ВКЛЮЧИТЬ В ПИЩЕВОЙ РАЦИОН**

- 1) изолят белка
- 2) жиры животного происхождения
- 3) сырой кукурузный крахмал
- 4) сладкие газированные напитки

## **ДЕТЯМ С КЕТОТИЧЕСКИМИ ГИПОГЛИКЕМИЯМИ РЕКОМЕНДОВАНО**

- 1) применение диазоксида
- 2) ограничить фрукты в рационе
- 3) ограничить углеводы в рационе
- 4) дробное кормление

## **ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ СИНДРОМА**

- 1) Нунан
- 2) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 3) Дауна
- 4) Сотоса

## **СОЧЕТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ И ГЕМИГИПЕРПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) синдрома Дауна
- 2) врожденного гиперинсулинизма
- 3) синдрома Бэквита Видемана
- 4) врожденных дефектов гликозилирования

## **ИДИОПАТИЧЕСКИЕ КЕТОТИЧЕСКИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ КАК ПРАВИЛО МАНИФЕСТИРУЮТ В**

- 1) возрасте 1-3 лет
- 2) неонатальном периоде
- 3) возрасте 7-9 лет
- 4) пубертатном возрасте

## **ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) избыточная масса тела
- 2) дефицит массы тела
- 3) макроглоссия
- 4) гепато-спленомегалия

## **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ**

- 1) анализа крови на альдостерон и ренин
- 2) анализа крови на тестостерон и дегидроэпиандростерон
- 3) анализа мочи на метанефрины и норметанефрины
- 4) тандемной масспектрометрия крови на аминокислоты и ацилкарнитины

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ РАСТВОРОМ ГЛЮКОЗЫ У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ ЦЕЛЕВЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 8-10
- 2) 2,2-3,5
- 3) 2,6-4
- 4) 4-8

**НАЛИЧИЕ КЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) врожденного гиперинсулинизма
- 2) гипопитуитаризма
- 3) синдрома Сотоса
- 4) врожденного гипотиреоза

**КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) диарея
- 2) кожная экзема
- 3) сухость кожи
- 4) апноэ

**ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нарушение мочеиспускания
- 2) ускорение пубертата
- 3) задержка психомоторного развития
- 4) нарушение слуха

**ГИПОГЛИКЕМИЯ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА**

- 1) Шерешевского-Тернера
- 2) Сильвера-Рассела
- 3) Мюнгхаузена
- 4) Бэквита-Видемана

**ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ТЕРАПИИ ОКТРЕОТИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) стоматит
- 2) гипертрихоз
- 3) холелитиаз
- 4) цистит

**ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ДИАЗОКСИДА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) антиконвульсантов
- 2) глюкокортикоидов
- 3) аналогов соматостатина

4) гормона роста

**ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ТЕРАПИИ ДИАЗОКСИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) алопеция
- 2) гиперурикемия
- 3) стоматит
- 4) конъюнктивит

**ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИАЗОКСИДА ДЕТЯМ РЕКОМЕНДОВАН КОНТРОЛЬ**

- 1) тиреоидного профиля
- 2) коагулограммы
- 3) общеклинического анализа крови
- 4) общего анализа мочи

**В ГРУППУ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ВХОДЯТ ДЕТИ**

- 1) с инфекцией мочевых путей
- 2) с положительным скринингом на врожденный гипотиреоз
- 3) с малым весом к сроку гестации
- 4) рожденные от матерей с артериальной гипертензией

**ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ТЕРАПИИ ДИАЗОКСИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) алопеция
- 2) стоматит
- 3) анорексия
- 4) холецистит

**НАЛИЧИЕ ГИПОКЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) фруктоземии
- 2) врожденного гиперинсулинизма
- 3) врожденного гипотиреоза
- 4) аутоиммунного тиреоидита

**ПРИ ДОКАЗАННОМ СТГ-ДЕФИЦИТЕ И ГИПОГЛИКЕМИИ ТЕРАПИЮ ГОРМОНОМ РОСТА РЕКОМЕНДОВАНО ИНИЦИИРОВАТЬ**

- 1) только при показателях роста менее 2SD
- 2) только при показателях роста менее 1SD
- 3) только на фоне снижения темпов роста
- 4) независимо от показателей антропометрии

**СОЧЕТАНИЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ И ОМФАЛОЦЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) врожденного гиперинсулинизма
- 2) синдрома Бэквита Видемана
- 3) синдрома Дауна
- 4) галактоземии

**ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИАЗОКСИДА ДЕТЯМ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ  
РЕКОМЕНДОВАН КОНТРОЛЬ**

- 1) УЗИ брюшной полости
- 2) эхокардиографии
- 3) УЗИ почек
- 4) нейросонографии

**СОЧЕТАНИЕ ГЕМИГИПЕРПЛАЗИИ, ОМФАЛОЦЕЛЕ И НЕОНАТАЛЬНОЙ  
ГИПОГЛИКЕМИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) синдроме Беквита – Видемана
- 2) синдроме Дауна
- 3) врожденных дефектах гликозилирования
- 4) врожденном гипопитуитаризме

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ  
РЕКОМЕНДОВАНО ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА**

- 1) кортизол
- 2) ТТГ
- 3) альдостерон
- 4) тестостерон

**ДЛЯ \_\_\_\_\_ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ НАТОЩАК И  
ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ**

- 1) гликогеноза 0 типа
- 2) галактоземии
- 3) врожденного гиперинсулинизма
- 4) соматотропной недостаточности

**В ГРУППУ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ВХОДЯТ ДЕТИ,  
РОЖДЕННЫЕ ОТ МАТЕРЕЙ С**

- 1) сахарным диабетом
- 2) аутоиммунным тиреоидитом
- 3) первичной надпочечниковой недостаточностью
- 4) поликистозом яичников

**НЕОНАТАЛЬНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) внутриутробной пневмонии
- 2) резус конфликте
- 3) гемолитической болезни новорожденных
- 4) диабетической фетопатии

**МНОЖЕСТВЕННЫЕ ИНСУЛИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОГУТ  
ВЫЯВЛЯТЬСЯ ПРИ СИНДРОМЕ**

- 1) Бэквита-Видемана
- 2) Сотоса

- 3) МЭН2
- 4) МЭН1

**СОЧЕТАНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЙ НАТОЩАК И ГИПЕРГЛИКЕМИЙ ПОСЛЕ ЕДЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) дефектов бета-окисления жирных кислот
- 2) надпочечниковой недостаточности
- 3) гликогеновой болезни печени
- 4) врожденного гиперинсулинизма

**ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЛАБОРАТОРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА У ДЕТЕЙ?**

- 1) инсулин в плазме менее 2 мкЕд/мл на фоне лабораторной гипогликемии
- 2) инсулин в плазме более 2 мкЕд/мл на фоне лабораторной гипогликемии
- 3) инсулин в плазме более 25 мкЕд/мл на фоне лабораторной нормогликемии
- 4) инсулин в плазме более 5 мкЕд/мл на фоне лабораторной нормогликемии

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИИ У РЕБЕНКА ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ**

- 1) анализа мочи на метанефрины
- 2) анализа крови на тиреотропный гормон
- 3) тандемной масспектрометрии крови на аминокислоты и ацилкарнитины
- 4) компьютерной томографии брюшной полости

**ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ХАРАКТЕРНА МАНИФЕСТАЦИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ**

- 1) после 5 лет
- 2) после 3 лет
- 3) в первые недели жизни
- 4) в пубертатном возрасте

**ГИПОГЛИКЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) аутоиммунного тиреоидита
- 2) врожденного гипопаратиреоза
- 3) врожденного гипотиреоза
- 4) галактоземии

**НЕОНАТАЛЬНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА**

- 1) Бэквита Видемана
- 2) Дауна
- 3) МЭН1
- 4) Кальмана

**ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ КЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ?**

- 1) гликогеноз I типа

- 2) врожденный гиперинсулинизм
- 3) инсулинома
- 4) болезнь Иценко-Кушинга

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНСУЛИНОМЫ У РЕБЕНКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВЕСТИ**

- 1) терапию аналогами соматостатина
- 2) хирургическое лечение
- 3) лучевую терапию
- 4) терапию глюкокортикоидами

**СОЧЕТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ И ГЕПАТОМЕГАЛИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) гликогеноза 0 типа
- 2) гликогеноза 1 типа
- 3) врожденного гипотиреоза
- 4) врожденного гиперинсулинизма

**СОЧЕТАНИЕ ИНСУЛИНОМЫ И ГЛЮКАГОНОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Бэквита-Видемана
- 2) Сотоса
- 3) МЭН2
- 4) МЭН1

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- 1) нифедипин
- 2) соматропин
- 3) диазоксид
- 4) глюкагон

**ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ КЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ?**

- 1) врожденный гипопитуитаризм
- 2) врожденный гиперинсулинизм
- 3) врожденный гипотиреоз
- 4) болезнь Иценко-Кушинга

**СОЧЕТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ И ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) синдрома МЭН1
- 2) вторичной надпочечниковой недостаточности
- 3) первичной надпочечниковой недостаточности
- 4) врожденного гиперинсулинизма

**ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА И ЗАДАВЛЕННЫЙ УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА НА ФОНЕ ГИПОГЛИКЕМИИ ГОВОРЯТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) врожденных дефектов гликозилирования

- 2) инсулиномы
- 3) врожденного гиперинсулинизма
- 4) ятрогенной гипогликемии

### **НАЛИЧИЕ КЕТОТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) врожденного гиперинсулинизма
- 2) гипопитуитаризма
- 3) инсулиномы
- 4) аутоиммунного тиреоидита

### **ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА И ЗАДАВЛЕННЫЙ УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА НА ФОНЕ ГИПОГЛИКЕМИИ ГОВОРЯТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) отравления препаратами сульфонилмочевины
- 2) отравления алкоголем
- 3) передозировки метформином
- 4) передозировки экзогенным инсулином

### **ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) кожная сыпь
- 2) диарея
- 3) рвота
- 4) гипертермия

### **ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ВМЕСТЕ СО ЗНАЧЕНИЕМ ИНСУЛИНА НА ФОНЕ ГИПОГЛИКЕМИИ СЛЕДУЕТ ИССЛЕДОВАТЬ**

- 1) уровень билирубина
- 2) уровень С-пептида
- 3) уровень кальция
- 4) уровень мочевой кислоты

### **ПАЦИЕНТАМ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КЕТОТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДОВАНО**

- 1) включить в рацион сырой кукурузный крахмал
- 2) ограничить углеводы в рационе
- 3) включить в рацион жиры животного происхождения
- 4) ограничить фрукты в рационе

### **ГИПОГЛИКЕМИЯ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) синдрома Бэквита-Видемана
- 2) галактоземии
- 3) врожденного гиперинсулинизма
- 4) синдрома МЭН1

## **ГИПОГЛИКЕМИЯ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) кортикостеромы
- 2) инсулиномы
- 3) соматотропиномы
- 4) феохромоцитомы

## **ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- 1) сопутствующих пороков почек
- 2) сопутствующих пороков развития ЦНС
- 3) эпизодических гипогликемий, сопровождающихся кетозом
- 4) стойких гипогликемий с первых дней жизни

## **Сахарный диабет**

[Вернуться в начало](#)

## **МИКРОСОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) несахарного диабета
- 2) сахарного диабета 2 типа
- 3) сахарного диабета 1 типа
- 4) ожирения

## **ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА У РЕБЕНКА С ОЖИРЕНИЕМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1)  $\geq 7,8$
- 2)  $\geq 10,5$
- 3)  $\geq 11,1$
- 4)  $\geq 12,1$

## **КАКОЙ ВИД НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ ДОСТУПА К ТЕКУЩИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ГЛЮКОЗЫ ПО ДАННЫМ СЕНСОРА?**

- 1) непрерывный мониторинг глюкозы в «реальном» времени
- 2) ретроспективный («слепой») непрерывный мониторинг
- 3) флеш-мониторинг глюкозы
- 4) мониторинг глюкозы глюкометром

## **СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД), СНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА, АНОМАЛИЙ СТРОЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК/ЖЕНЩИН С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) СД 2 типа
- 2) MODY 2
- 3) MODY 5
- 4) СД 1 типа

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИКАРБОНАТОВ ПРИ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА НЕ РЕКОМЕНДОВАНО В СВЯЗИ С УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ**

- 1) лактат-ацидоза
- 2) отека головного мозга
- 3) гиперфосфатемии
- 4) гиперкалиемии

**ЖЕСТКИЙ КАТЕТЕР ИНФУЗИОННОЙ СИСТЕМЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ВЫПОЛНЕН ИЗ**

- 1) тефлона и вводится подкожно под острым углом
- 2) полиэтилена и вводится подкожно под острым углом
- 3) титана и вводится подкожно под острым углом
- 4) медицинской стали и вводится подкожно под прямым углом

**СОЧЕТАНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ, ДЛИТЕЛЬНО НЕПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТОЩАКОВОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ, ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 3
- 2) MODY 2
- 3) СД 2 типа
- 4) СД 1 типа

**О НАЛИЧИИ КЕТОЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УРОВЕНЬ  $\beta$ -ОКСИБУТИРАТА В КРОВИ \_\_\_\_\_ (ММОЛЬ/Л)**

- 1) ниже 0,5
- 2) выше 0,5
- 3) ниже 0,3
- 4) выше 0,3

**ГЕНЫ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ СЧИТАЮТСЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

- 1) 1 типа
- 2) 2 типа
- 3) типа MODY
- 4) гестационном

**СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ РЕТИНОПАТИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СД 1 ТИПА, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)**

- 1) 14
- 2) 5
- 3) 11
- 4) 1

**ПРИ АМБУЛАТОРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, РЕКОМЕНДУЕТСЯ \_\_\_\_\_ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (HBA1C)**

- 1) ежеквартально
- 2) ежемесячно
- 3) еженедельно
- 4) ежегодно

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ 12 ДО 18 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 8,5
- 2) 7,5
- 3) 7,0
- 4) 8,0

**РИСК РАЗВИТИЯ СД 1 ТИПА ДЛЯ ЗДОРОВОГО БРАТА/СЕСТРЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 80-90
- 2) 100
- 3) 30-35
- 4) 4-5

**ПРИ ПЕРЕВОДЕ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ИНСУЛИНОТЕРАПИИ НА МЕТФОРМИН ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ КАЖДОМ ПОВЫШЕНИИ ДОЗЫ МЕТФОРМИНА СНИЖАЕТСЯ НА (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 05-15
- 2) 05-10
- 3) 30-50
- 4) 10-20

**ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ HLA DR ГЕНЫ УЧАСТВУЮТ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ СД 1 ТИПА ПУТЕМ**

- 1) представления фрагментов экзогенных антигенов на поверхности клеток
- 2) определения развития центральной толерантности к инсулину
- 3) регулирования передачи сигнала от рецепторов Т-лимфоцитов
- 4) влияния на эффект воздействия IL-2 на регуляторные Т-лимфоциты

**МАКРОСОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ MODY 2 ТИП, ПРИ ОТСУТСТВИИ САМОКОНТРОЛЯ РАЗВИВАЮТСЯ**

- 1) очень часто
- 2) как при СД 1 типа
- 3) крайне редко
- 4) как при СД 2 типа

**САМОЙ ЧАСТОЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С IPX-СИНДРОМОМ**

## **ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) пангипопитуитаризм
- 2) острая надпочечниковая недостаточность
- 3) неонатальный сахарный диабет
- 4) врожденный гипопаратиреоз

## **ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНА ГЛУЛИЗИН НА ЛИЗПРО ДОЗУ ИНСУЛИНА ОБЫЧНО**

- 1) уменьшают на 10%
- 2) не изменяют
- 3) уменьшают на 20%
- 4) увеличивают на 10%

## **К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА С ПОМОЩЬЮ ПОМПЫ ОТНОСЯТ**

- 1) отсутствие необходимости определения уровня сахара в крови
- 2) снижение числа инъекций
- 3) более частое возникновение гипогликемических состояний
- 4) увеличение суточной потребности в инсулине

## **РЕБЕНКУ С УРОВНЕМ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА 7,3% ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПРИЕМА МЕТФОРМИНА В ДОЗЕ 1500 МГ В СУТКИ НЕОБХОДИМО**

- 1) заменить терапию метформином на глибенкламид
- 2) перейти на интенсифицированную схему инсулинотерапии
- 3) добавить к терапии метформином глибенкламид
- 4) увеличить дозу метформина до 2000 мг

## **ИЗ РАЦИОНА РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИСКЛЮЧАЮТСЯ ПРОДУКТЫ С ВЫСОКИМ**

- 1) содержанием пищевых волокон
- 2) содержанием жиров
- 3) содержанием белка
- 4) гликемическим индексом

## **МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ НАИБОЛЬШЕЙ ЗНАЧИМОСТЬЮ ПРИ РАЗВИТИИ СД 1 ТИПА**

- 1) INS , относящиеся к гену инсулина
- 2) DR3/DR4, относящиеся к HLA-генам
- 3) CTLA4, ген кодирующий поверхностные рецепторы Т-клеток
- 4) PTPN22, ген кодирующий тирозинфосфатазу

## **СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ РЕТИНОПАТИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СД 1 ТИПА, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА 11 ЛЕТ, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ (В ГОДАХ)**

- 1) 1
- 2) 2

- 3) 7
- 4) 5

**ПИК ДЕЙСТВИЯ АСПАРТА НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)**

- 1) 6-12
- 2) 12-24
- 3) 4-6
- 4) 1-3

**НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА МЕТФОРМИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ МГ В СУТКИ**

- 1) 500-1000
- 2) 250-500
- 3) 850-1700
- 4) 1000-2000

**К ФАКТОРАМ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ОТНОСЯТ**

- 1) физические нагрузки
- 2) диету с исключением углеводов
- 3) ограничение физических нагрузок
- 4) контроль гликемии 1 раз в сутки

**АНАЛОГОМ ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) протафан НМ
- 2) гларгин
- 3) аспарт
- 4) детемир

**ТРАНЗИТОРНЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) наличием экзокринной дисфункции поджелудочной железы
- 2) наличием выраженной инсулинорезистентности
- 3) непрерывно-рецидивирующим течением
- 4) развитием спонтанной клинико-лабораторной ремиссии

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 12 ДО 18 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПОСЛЕ ЕДЫ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 5,0-10,0
- 2) 4,0-7,0
- 3) 4,4-7,8
- 4) 4,0-8,0

**К ИНСУЛИНОТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТЕРАПИЯ МЕТФОРМИНОМ МОЖЕТ БЫТЬ ДОБАВЛЕНА**

- 1) при снижении гликемии ниже 10-12 ммоль/л

- 2) сразу же при отсутствии кетоза
- 3) через 1-2 недели при стабилизации гликемии
- 4) через 3 месяца при снижении гликированного гемоглобина ниже 8,5%

**ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY4 ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА БОЛЕЕ 7,0% НАЗНАЧАЮТ**

- 1) ингибиторы ДПП4
- 2) препараты сульфаниламидов
- 3) инсулинотерапию
- 4) бигуаниды

**КАКОЙ РЕЖИМ РАБОТЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕМ БАЗАЛЬНОЙ СКОРОСТИ НА ЗАДАННОЕ ВРЕМЯ?**

- 1) режим введения многоволнового болюса
- 2) болюсный режим
- 3) режим временной базальной дозы
- 4) базальный режим

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛИПОГИПЕРТРОФИЙ ТРЕБУЕТСЯ**

- 1) использование более широких зон для инъекций
- 2) многократное использование игл для шприц-ручек
- 3) использование инсулина средней продолжительности действия
- 4) использование инсулина короткой продолжительности действия

**К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ГИПОКАЛИЕМИИ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ОТНОСЯТ**

- 1) замедление внутрижелудочковой проводимости
- 2) укорочение интервала QT
- 3) уплощение и инверсию T-зубца
- 4) удлинение интервала PQ

**ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОТСУТСТВИИ В ОТДЕЛЕНИИ МАННИТОЛА, ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ РАСТВОР**

- 1) глюкозы 5%
- 2) хлорида натрия 3%
- 3) хлорида натрия 0,45%
- 4) глюкозы 10%

**У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ПО ДАННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ВСТРЕЧАЕТСЯ В \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ**

- 1) 100
- 2) 50
- 3) 75
- 4) 25

## **ОСНОВНЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА MODY 2 ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипергликемия натощак
- 2) кетоацидоз
- 3) глюкозурия
- 4) нефропатия

## **ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ, К НЕДОСТАТКАМ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК**

- 1) макрососудистых осложнений
- 2) микрососудистых осложнений
- 3) тяжелой и легкой гипогликемии
- 4) диабетического кетоацидоза

## **ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ОТ НАЧАЛА АУТОИММУННОЙ АГРЕССИИ ДО РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СД 1 ТИПА МОЖЕТ ЗАНИМАТЬ**

- 1) от 20 до 50 лет
- 2) от 1-ого до 7-ми дней
- 3) от 2-3 месяцев до 10 лет
- 4) от 1 часа до 24 часов

## **ИНСУЛИНОМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) протафан НМ
- 2) инсуман базал
- 3) хумулин НПХ
- 4) актрапид НМ

## **ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY2 ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА БОЛЕЕ 7,0% НАЗНАЧАЕТСЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ, ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ**

- 1) добавляются ингибиторы ДПП4
- 2) добавляются препараты сульфаниламочевины
- 3) добавляется инсулиноterapia
- 4) добавляются бигуаниды

## **К ФАКТОРАМ РИСКА, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ОТНОСЯТ**

- 1) частые физические нагрузки
- 2) частые тяжелые гипогликемии
- 3) хроническую гипергликемию
- 4) употребление большого количества белковой пищи

## **ОБЛАСТЬ ПЛЕЧА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЙ ИНСУЛИНА ИЗ-ЗА**

- 1) низкой скорости всасывания лекарственных препаратов
- 2) риска внутримышечного введения
- 3) близкого расположения кровеносных сосудов
- 4) отсутствие в этой области подкожно-жировой клетчатки

### **ИНФУЗИОННАЯ СИСТЕМА ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) одноразовым медицинским изделием предназначенным для заправки инсулином резервуара инсулиновой помпы
- 2) одноразовым медицинским изделием предназначенным для внутрикожной инфузии
- 3) многоразовым медицинским изделием предназначенным для подкожной инфузии
- 4) одноразовым медицинским изделием предназначенным для подкожной инфузии

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПАЦИЕНТАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY2 ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В**

- 1) 2 года
- 2) месяц
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев

### **УЧИТЫВАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, ЗАНЯТИЯ БАСКЕТБОЛОМ МОГУТ БЫТЬ**

- 1) рекомендованы только после 18 лет
- 2) рекомендованы без ограничений
- 3) рекомендованы при условии выполнения правил самоконтроля
- 4) категорически не рекомендованы

### **ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 12 ДО 18 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПЕРЕД СНОМ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 4,0-8,0
- 2) 4,0-7,0
- 3) 4,4-7,8
- 4) 5,0-10,0

### **КАКОЙ РЕЖИМ РАБОТЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОДАЧЕЙ МАЛЫХ ДОЗ ИНСУЛИНА?**

- 1) болюсный режим
- 2) базальный режим
- 3) режим заполнения инфузионной системы
- 4) режим введения многоволнового болюса

### **ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СД ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) пубертатный период

- 2) декомпенсация сахарного диабета
- 3) возраст начала сахарного диабета
- 4) длительность сахарного диабета

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 6 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НАТОЩАК ПЕРЕД ЕДОЙ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 4,4-7,8
- 2) 4,0-8,0
- 3) 5,0-10,0
- 4) 4,0-7,0

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПАЦИЕНТАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY5 ПРИ ПОДОБРАННОЙ СХЕМЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В**

- 1) месяц
- 2) 6 месяцев
- 3) 3 месяца
- 4) 2 года

**ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ, БОЛЮСНЫЙ ИНСУЛИН ВВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ**

- 1) поддержания стабильных показателей гликемии в ночное время
- 2) поддержания стабильных показателей гликемии натощак
- 3) контроля постпрандиальной гликемии/коррекции гипергликемии
- 4) поддержания стабильных показателей гликемии перед едой

**ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ НАЧИНАЕТ СНИЖАТЬ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ**

- 1) 5-10 минут
- 2) 30-40 минут
- 3) 2 часа
- 4) 1 час

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С**

- 1) определения гликемии натощак
- 2) определения суточной глюкозурии
- 3) стандартного глюкозотолерантного теста
- 4) определения уровня иммунореактивного инсулина в сыворотке крови

**АДЕКВАТНОСТЬ ВВЕДЕННОЙ БОЛЮСНОЙ ДОЗЫ (ЕСЛИ ИСПОЛЬЗОВАЛСЯ ИНСУЛИН УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ) ОЦЕНИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ**

- 1) 6 часов
- 2) час

- 3) 2 часа
- 4) 3 часа

**МЯГКИЙ КАТЕТЕР ИНФУЗИОННОЙ СИСТЕМЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ  
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ВЫПОЛНЕН ИЗ**

- 1) тефлона и вводится подкожно под любым углом
- 2) титана и вводится подкожно под острым углом
- 3) медицинской стали и вводится подкожно под прямым углом
- 4) полиэтилена и вводится подкожно под прямым углом

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 12 ДО 18 ЛЕТ С САХАРНЫМ  
ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НАТОЩАК ПЕРЕД ЕДОЙ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018,  
СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 4,4-7,8
- 2) 4,0-8,0
- 3) 5,0-10,0
- 4) 4,0-7,0

**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СД 1 ТИПА ОТНОСЯТ К МНОГОФАКТОРНЫМ И**

- 1) моногенным заболеванием
- 2) полигенным заболеванием
- 3) Y-сцепленным заболеванием
- 4) X-сцепленным заболеванием

**ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ  
ДОЛЖНА БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНА В КАЧЕСТВЕ \_\_\_\_ % ЗА СЧЕТ УГЛЕВОДОВ, \_\_\_\_ % ЗА  
СЧЕТ ЖИРОВ, \_\_\_\_\_ % ЗА СЧЕТ БЕЛКОВ**

- 1) 55; 30; 15
- 2) 45; 40; 15
- 3) 65; 20; 15
- 4) 60; 30; 10

**ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С  
КЕТОЗОМ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ С НАЗНАЧЕНИЯ**

- 1) препаратов сульфонилмочевины
- 2) комбинации инсулина и метформина
- 3) метформина
- 4) инсулина

**ЧТО ТАКОЕ ЦЕЛЕВОЙ ДИАПАЗОН ГЛЮКОЗЫ В НАСТРОЙКЕ КАЛЬКУЛЯТОРА  
БОЛЮСА?**

- 1) уровень или диапазон значений гликемии для достижения при расчете болюса на коррекцию гипергликемии
- 2) уровень или диапазон значений гликемии в котором будет производиться расчет болюсной дозы на коррекцию гликемии

- 3) максимальный уровень гликемии, при котором инсулиновая помпа не будет рассчитывать болюсный инсулин на коррекцию гликемии
- 4) минимальный уровень гликемии, при котором инсулиновая помпа не будет рассчитывать болюсный инсулин на коррекцию гликемии

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА СО СНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ИНСУЛИНА С АТРОФИЕЙ ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА, НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ И НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) DIDMOAD-синдрома
- 2) MODY 2
- 3) липоатрофического диабета
- 4) синдрома Альстрема

**ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ ДИАГНОЗ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» СТАВИТСЯ ПРИ ГЛИКЕМИИ БОЛЕЕ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 11,1
- 2) 7,8
- 3) 10
- 4) 6,1

**ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНЫМ НЕОНАТАЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕНА**

- 1) преждевременной отслойкой плаценты
- 2) фето-плацентарной недостаточностью
- 3) внутриутробным дефицитом инсулина
- 4) внутриутробным инфицированием

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 12 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПЕРЕД СНОМ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 4,0-8,0
- 2) 4,0-7,0
- 3) 4,4-7,8
- 4) 5,0-10,0

**ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛИКЕМИИ, ПРИ КОТОРЫХ ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ, ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ НЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ, НИЖЕ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 3,3
- 2) 5,5
- 3) 6,0
- 4) 4,5

**УГЛЕВОДНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- 1) сахароснижающий эффект единицы инсулина
- 2) потребность в инсулине на хлебную единицу

- 3) потребность в углеводах на помповой инсулинотерапии за сутки
- 4) количество грамм углеводов в одной хлебной единице

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА С НАРУШЕНИЕМ СТРОЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК/ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 5
- 2) MODY 2
- 3) липоатрофического диабета
- 4) LADA

**ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ, УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ИЗМЕРЯЕТСЯ В**

- 1) интерстициальной жидкости
- 2) сыворотке крови
- 3) плазме венозной крови
- 4) капиллярной крови

**ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ HLA- ГАПЛОТИПЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД 1 ТИПА В \_\_\_\_\_ ПРОЦЕНТАХ СЛУЧАЯХ**

- 1) 80-90
- 2) 1-5
- 3) 10-20
- 4) 30-40

**С-ПЕПТИД ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) показателем секреции инсулина
- 2) маркером компенсации сахарного диабета
- 3) гормоном контринсулярного действия
- 4) маркером сахарного диабета 2 типа

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 12 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПОСЛЕ ЕДЫ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 4,0-7,0
- 2) 5,0-10,0
- 3) 4,0-8,0
- 4) 4,4-7,8

**АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ ПРИ**

- 1) MODY 2
- 2) DIDMOAD-синдроме
- 3) MODY 5
- 4) липоатрофическом диабете

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПАЦИЕНТАМ С**

**УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY3 ПРИ ПОДОБРАННОЙ СХЕМЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В**

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 2 года
- 4) месяц

**ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) снижение антител к антигенам бета-клеток (ICA, GADA, IAA, IA2)
- 2) достижение нормального или ниже уровня гликированного гемоглобина (4-6%)
- 3) нормализация уровня С-пептида в гормональном исследовании крови
- 4) достижение целевых значений показателей углеводного обмена

**ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY5 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, АНОМАЛИЙ СТРОЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК/ЖЕНЩИН, ОТСУТСТВИЕ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) И**

- 1) врожденных пороков сердца
- 2) атрофии дисков зрительного нерва
- 3) аномалии развития костей черепа
- 4) поликистоза почек

**ФАКТОР ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА ОТРАЖАЕТ**

- 1) суточную потребность в инсулине на помповой инсулинотерапии
- 2) потребность в инсулине на хлебную единицу
- 3) сахароснижающий эффект единицы инсулина
- 4) количество грамм углеводов в одной хлебной единице

**УЛЬТРАКОРОТКИЕ АНАЛОГИ ИНСУЛИНА ОБЛАДАЮТ ПИКОМ ДЕЙСТВИЯ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)**

- 1) 2-4
- 2) 1-3
- 3) 20-24
- 4) 4-12

**УЛЬТРАКОРОТКИЕ АНАЛОГИ ИНСУЛИНА ИМЕЮТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ (В ЧАСАХ)**

- 1) 5-8
- 2) 12-24
- 3) 1-2
- 4) 3-5

**ЭФФЕКТ ОПУСТОШЕННОСТИ МЫШЦ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ**

- 1) 20-30 минут, максимум до часа
- 2) несколько часов, вплоть до суток
- 3) 2-3 часа, максимум до 4-х часов
- 4) 30-60 минут, максимум до 2-х часов

### **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ**

- 1) 2 типа
- 2) 1 типа
- 3) MODY
- 4) идиопатический

### **ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СД1 ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) гипергликемия
- 2) полинейропатия
- 3) кетоацидоз
- 4) гипогликемия

### **УЧИТЫВАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, НЕ МОГУТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗАНЯТИЯ**

- 1) альпинизмом
- 2) теннисом
- 3) футболом
- 4) плаванием

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

- 1) аналогичны таковым для детей на шприц-ручках
- 2) принципиально отличаются от рекомендаций для детей на шприц-ручках
- 3) заключаются в переводе на интенсифицированную инсулинотерапию с использованием шприц-ручек
- 4) сводятся к обязательному дополнительному назначению пролонгированного инсулина

### **НЕАУТОИММУННЫЙ, ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- 1) синдрома Альстрема
- 2) MODY 2
- 3) DIDMOAD-синдрома
- 4) LADA

### **ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КЛЕТОК К ИНСУЛИНУ**

- 1) остается без изменений
- 2) повышается, а затем резко снижается
- 3) снижается
- 4) повышается

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 6 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПЕРЕД СНОМ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 4,4-7,8
- 2) 4,0-7,0
- 3) 5,0-10,0
- 4) 4,0-8,0

**ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) синдром дефицита витамина B12
- 2) гипогликемический синдром
- 3) интестинальный синдром
- 4) синдром лактатацидоза и его последствия

**УЧЕТ ПОТРЕБЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ ВАЖЕН ДЛЯ КОНТРОЛЯ**

- 1) оптимального роста, особенно в период пубертата
- 2) оптимальной массы тела ребенка
- 3) уровня глюкозы крови
- 4) уровня холестерина и липидов крови

**СТАРТОВАЯ ДОЗА БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ЕД/КГ/СУТ**

- 1) 0,25-0,5
- 2) 0,05-0,1
- 3) 0,03-0,09
- 4) 0,5-1,00

**ЦЕНТРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ГИБЕЛИ В-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СД 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) атрофии
- 2) некроза
- 3) апоптоза
- 4) отека

**ВЫТЕКАНИЕ ИНСУЛИНА ИЗ МЕСТА ИНЪЕКЦИИ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ВВЕДЕНИЯ**

- 1) с помощью инсулинового шприца
- 2) под углом 45 или 90 градусов
- 3) одномоментно большой дозы
- 4) в область передней стенки живота

**К РАЗВИТИЮ СД 1 ТИПА ПРИВОДЯТ HLA-ГЕНОТИПЫ**

- 1) DR15, DR16
- 2) DR3, DR4

- 3) DR2, DR13
- 4) DR7, DR11

**В СЛУЧАЕ СТАБИЛЬНОЙ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ, В НАСТРОЙКАХ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА НЕОБХОДИМО**

- 1) увеличить углеводный коэффициент
- 2) уменьшить углеводный коэффициент
- 3) увеличить фактор чувствительности к инсулину
- 4) уменьшить фактор чувствительности к инсулину

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД) С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ, УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) СД 2 типа
- 2) MODY 2
- 3) MODY 3
- 4) СД 1 типа

**НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, СКЕЛЕТНАЯ ДИСПЛАЗИЯ, ЗАДЕРЖКА РОСТА И ПАТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) синдрома Уолкотта-Роллисона
- 2) IPeX-синдрома
- 3) DEND-синдрома
- 4) синдрома Роджерса

**УПЛОЩЕНИЕ И ИНВЕРСИЯ Т-ЗУБЦА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТА С ДКА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- 1) гипокалиемии
- 2) гиперкалиемии
- 3) гипофосфатемии
- 4) гиперфосфатемии

**ВЫТЕКАНИЕ ИНСУЛИНА ИЗ ШПРИЦ-РУЧКИ ДО ИНЪЕКЦИИ ВОЗМОЖНО ПРИ**

- 1) совместимости иглы с инсулиновой шприц-ручкой по стандарту ISO
- 2) истечении срока годности инсулина
- 3) повторном использовании иглы для шприц-ручки
- 4) однократном использовании иглы для шприц-ручки

**ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ, ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ОБЛАДАЕТ ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ В ОТНОШЕНИИ**

- 1) повышения частоты тяжелой гипогликемии
- 2) снижения частоты диабетического кетоацидоза
- 3) повышения уровня гликированного гемоглобина

4) снижения частоты гипогликемии

### **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ DIDMOAD-СИНДРОМЕ ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) аутоиммунным разрушением бета-клеток
- 2) апоптозом бета-клеток
- 3) митохондриальной дисфункцией
- 4) инсулинорезистентностью

### **СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД), СНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА, РАННЕЙ ПРОТЕИНУРИИ С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) СД 1 типа
- 2) СД 2 типа
- 3) MODY 2
- 4) MODY 5

### **ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕОНАТАЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, СВЯЗАННЫМ С МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ KCNJ11, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) глибенкламид
- 2) метформин
- 3) галвус мет
- 4) пиоглитазон

### **ДОПУСТИМОЕ ВРЕМЯ ПОЛНОГО ОТКЛЮЧЕНИЯ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)**

- 1) два
- 2) три
- 3) четыре
- 4) пять

### **СРЕДНЯЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ В ПЕРВЫЕ 1-2 ГОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_ ЕД/КГ МАССЫ ТЕЛА**

- 1) 1,0-1,5
- 2) 1,5-2
- 3) 0,1-0,2
- 4) 0,5-0,6

### **НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЮТ ПРОДУКТЫ**

- 1) с повышенным содержанием жиров
- 2) содержащие углеводы
- 3) содержащие одинаковое количество белков, жиров и углеводов
- 4) приготовленные в мультиварке

### **ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2**

### **ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) <6,5
- 2) <6,0
- 3) <7,5
- 4) <7,0

### **МИКРОСОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ MODY 2 ТИП, ПРИ ОТСУТСТВИИ САМОКОНТРОЛЯ РАЗВИВАЮТСЯ**

- 1) как при СД 2 типа
- 2) очень часто
- 3) как при СД 1 типа
- 4) крайне редко

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОГО ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ДЛЯ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРОВОДИТСЯ**

- 1) натощак, через 30, 60, 90 и 120 минут
- 2) натощак, через 30, 60 и 120 минут
- 3) натощак, через час и через 2 часа
- 4) натощак и через 2 часа

### **В СЛУЧАЕ СТАБИЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПОЛЕ ВВЕДЕНИЯ БОЛЮСА НА КОРРЕКЦИЮ ГИПЕРГЛИКЕМИИ, В НАСТРОЙКАХ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА НЕОБХОДИМО**

- 1) увеличить фактор чувствительности к инсулину
- 2) уменьшить углеводный коэффициент
- 3) увеличить углеводный коэффициент
- 4) уменьшить фактор чувствительности к инсулину

### **ДЛЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ**

- 1) неоваскуляризации сосудов
- 2) кровоизлияния в стекловидное тело
- 3) крупных геморрагий
- 4) единичных микроаневризм

### **ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY5 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК И**

- 1) аномалии строения внутренних половых органов у женщин
- 2) аномалии развития костей черепа
- 3) врожденных пороков сердца
- 4) атрофии дисков зрительного нерва

### **ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КАНЮЛИ ИНФУЗИОННУЮ СИСТЕМУ МЕНЯЮТ 1 РАЗ В**

- 1) 2 дня

- 2) неделю
- 3) 3 дня
- 4) 1 день

### **ИЗМЕНЕНИЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ПРИ ПРЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- 1) крупными ретинальными геморрагиями
- 2) единичными микроаневризмами, мелкими интратинальными кровоизлияниями
- 3) неоваскуляризацией передней камеры
- 4) неоваскуляризацией диска зрительного нерва

### **АУТОИММУННОЕ ПОРАЖЕНИЕ В-КЛЕТОК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С**

- 1) синдромом Прадера-Вилли
- 2) DEND-синдромом
- 3) IPEX-синдромом
- 4) синдромом Сотоса

### **ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННЫМ САМОКОНТРОЛЕМ ГЛЮКОЗЫ ГЛЮКОМЕТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) непрерывность данных об уровне гликемии
- 2) дороговизна метода
- 3) дискретность данных об уровне гликемии
- 4) относительная дешевизна и доступность метода

### **ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ ВЫШЕ 33,3 ММОЛЬ/Л В СОЧЕТАНИИ С ОСМОЛЯРНОСТЬЮ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЕЕ 320 мОсм/кг УКАЗЫВАЮТ НА РАЗВИТИЕ**

- 1) средне-тяжелого диабетического кетоацидоза
- 2) острой почечной недостаточности
- 3) тяжелого диабетического кетоацидоза
- 4) гипергликемического гиперосмолярного статуса

### **ПОМПА ПОЗВОЛЯЕТ МЕНЯТЬ И ВВОДИТЬ БАЗИСНУЮ ДОЗУ С ШАГОМ (В ЕД)**

- 1) 0,1
- 2) 1
- 3) 0,5
- 4) 0,01-0,05

### **ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) достижение нормального или ниже уровня гликированного гемоглобина (4-6%)
- 2) нормализация уровня С-пептида в гормональном исследовании крови
- 3) профилактика специфических осложнений сахарного диабета

4) снижение антител к антигенам бета-клеток (ICA, GADA, IAA, IA2)

**СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ИНСУЛИНА МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

- 1) инфекционного характера, сопровождающихся сыпью, кожным зудом
- 2) сопровождающихся головной болью и снижением остроты зрения
- 3) сопровождающихся рвотой и диареей
- 4) центральной нервной системы, сопровождающихся судорогами

**УСТАНОВКА ВРЕМЕННОЙ БАЗАЛЬНОЙ СКОРОСТИ 70% ПРИВЕДЕТ К \_\_\_\_\_ СКОРОСТИ ПОДАЧИ БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА НА (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) увеличению; 130
- 2) увеличению; 30
- 3) снижению; 30
- 4) снижению; 130

**УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН В РАЦИОНЕ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СВЯЗАНО С**

- 1) стимуляцией ферментативной активности
- 2) изменением моторной функции кишечника
- 3) сокогонным эффектом
- 4) уменьшением всасывания и более быстрым выведением из организма моносахаридов и холестерина

**НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 2,5-3,0
- 2) 3,3-5,5
- 3) 6,1-7,8
- 4) 5,6-6,1

**АНАЛОГОМ ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) лизпро
- 2) гларгин
- 3) детемир
- 4) протафан НМ

**ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛИКЕМИИ, ПРИ КОТОРЫХ ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ, ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ НЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ, ВЫШЕ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 11-12
- 2) 7-8
- 3) 14-15
- 4) 9-10

**РЕБЕНКУ С УРОВНЕМ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА 7,3% ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПРИЕМА МЕТФОРМИНА В ДОЗЕ 2000 МГ В СУТКИ НЕОБХОДИМО**

- 1) увеличить дозу метформина до 3000 мг
- 2) назначить инсулин продленного действия
- 3) заменить терапию метформином на глибенкламид
- 4) добавить к терапии метформином глибенкламид

#### **ПИК ДЕЙСТВИЯ ЛИЗПРО НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)**

- 1) 4-6
- 2) 1-3
- 3) 12-24
- 4) 6-12

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНЫ ОСНОВЫВАТЬСЯ НА РЕКОМЕНДАЦИЯХ**

- 1) по ограничению калорийности суточного рациона питания
- 2) по ограничению животных и растительных жиров в продуктах питания
- 3) по здоровому питанию, которые подходят всем детям
- 4) по исключению углеводсодержащих пищевых продуктов

#### **ПРИМЕРОМ БАЗИСНО-БОЛЮСНОГО РЕЖИМА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гларгин+детемир
- 2) аспарт+глулизин
- 3) глулизин+детемир
- 4) аспарт+лизпро

#### **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) головная боль
- 2) тошнота
- 3) выраженная гипогликемия
- 4) увеличение веса

#### **В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ЛЕЖИТ**

- 1) атеросклероз на фоне избыточной массы тела
- 2) нечувствительность к действию инсулина
- 3) снижение инсулиновой секреции
- 4) повышенная секреция инсулина

#### **УВЕЛИЧЕНИЕ СКОРОСТИ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИИ ВЫШЕ 5 ММОЛЬ/Л/ЧАС У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО В СВЯЗИ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ**

- 1) гиперосмолярной комы
- 2) отека головного мозга
- 3) инсулинорезистентности
- 4) лактат-ацидоза

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ГЛАРГИНА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)**

- 1) 12
- 2) 3
- 3) 24
- 4) 8

**НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) инсулиновая помпа
- 2) шприц-ручка
- 3) инсулиновый шприц
- 4) внутривенное введение инсулина

**В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СД 1 ТИПА ПРИ РАЗРУШЕНИИ В-КЛЕТОК АУТОАНТИТЕЛА ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СТАДИИ**

- 1) инсулита
- 2) генетической предрасположенности
- 3) нарушения толерантности к глюкозе
- 4) снижения секреции инсулина в первую фазу

**ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ, К НЕДОСТАТКАМ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК**

- 1) местных реакций
- 2) тяжелой гипогликемии
- 3) легкой гипогликемии
- 4) микрососудистых осложнений

**ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНА ГЛУЛИЗИН НА АСПАРТ ДОЗУ ИНСУЛИНА ОБЫЧНО**

- 1) увеличивают на 10%
- 2) уменьшают на 20%
- 3) уменьшают на 10%
- 4) не изменяют

**ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА MODY У ДЕТЕЙ С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА ПОЗВОЛЯЕТ**

- 1) нормальный тощаковый уровень гликемии у родителей
- 2) исследование базального уровня С-пептида и инсулина
- 3) молекулярно-генетическое исследование
- 4) исследование стимулированных уровней С-пептида и инсулина

**ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY2 ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ОТ 6,0 ДО 7,0% НАЗНАЧАЮТ**

- 1) бигуаниды
- 2) ингибиторы ДПП4
- 3) препараты сульфанилмочевины

4) диетотерапию

**ДИАБЕТ ТИПА MODY РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- 1) герпетической инфекции
- 2) энтеровирусной инфекции
- 3) мутации в определенных генах
- 4) инсулинорезистентности

**ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ОТ ТРАДИЦИОННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА**

- 1) многократное
- 2) дискретное
- 3) непрерывное
- 4) однократное

**ВНУТРИВЕННО МОЖНО ВВОДИТЬ ИНСУЛИН**

- 1) протафан НМ
- 2) детемир
- 3) аспарт
- 4) гларгин

**СНИЖЕНИЮ ГЛИКЕМИИ И УЛУЧШЕНИЮ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СПОСОБСТВУЕТ РЕГУЛЯРНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ**

- 1) витманно-минеральных комплексов
- 2) биологически активных добавок
- 3) белковой пищи
- 4) достаточного количества клетчатки

**ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) диета с исключением углеводов
- 2) психологическая помощь
- 3) контроль гликемии 1 раз в стуки
- 4) ограничение физических нагрузок

**К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ОТНОСЯТ**

- 1) высокий острый Т-зубец
- 2) уплощение и инверсию Т-зубца
- 3) угнетение сегмента ST
- 4) увеличение амплитуды зубца U

**ДЛЯ ПРЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ**

- 1) кровоизлияний в стекловидное тело
- 2) неоваскуляризации сосудов
- 3) крупных геморрагий

4) единичных микроаневризм

**ВЫРАЖЕННЫЙ ДЕФИЦИТ ЖИРОВОЙ ТКАНИ, ПОСТНАТАЛЬНАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА, ПРОГЕРОИДНЫЕ ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С**

- 1) синдромом Хатчинсона-Гилфорда
- 2) семейной парциальной липодистрофией
- 3) приобретенной парциальной липодистрофией
- 4) неонатальным сахарным диабетом

**ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нормальное физическое и соматическое развитие
- 2) нормализация уровня С-пептида в гормональном исследовании крови
- 3) снижение антител к антигенам бета-клеток (ICA, GADA, IAA, IA2)
- 4) достижение нормального или ниже уровня гликированного гемоглобина (4-6%)

**ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ТРАДИЦИОННОГО САМОКОНТРОЛЯ ГЛЮКОЗЫ ГЛЮКОМЕТРОМ ПО СРАВНЕНИЮ С НЕПРЕРЫВНЫМ МОНИТОРИНГОМ ГЛЮКОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дискретность данных об уровне гликемии
- 2) непрерывность данных об уровне гликемии
- 3) относительная дешевизна и доступность метода
- 4) дороговизна метода

**В ПЕРИОД ЧАСТИЧНОЙ РЕМИССИИ РЕЖИМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЕМ**

- 1) кетонов крови
- 2) кетонов в моче
- 3) гликированного гемоглобина
- 4) глюкозы крови

**В ПЕРИОД СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В СЛУЧАЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ КОРРЕКЦИОННЫЕ БОЛЮСЫ**

- 1) должны составлять не менее 50% от обычной дозы
- 2) могут быть повышены на 10-20%
- 3) вводятся однократно в первый день заболевания
- 4) должны оставаться на уровне, которые были до заболевания

**ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИГЛЫ ДЛИНОЙ (В ММ)**

- 1) 4 и 5
- 2) 6 и 8
- 3) 10 и 12
- 4) 12 и 12,7

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 5
- 2) MODY 2
- 3) липоатрофического диабета
- 4) LADA

**КАКОЙ ИЗ ВИДОВ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА СЕКРЕТИРУЕТ ИНСУЛИН?**

- 1)  $\mu$ -клетки
- 2) d-клетки
- 3)  $\alpha$ -клетки
- 4)  $\beta$ -клетки

**ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ, ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ОБЛАДАЕТ ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ В ОТНОШЕНИИ**

- 1) снижения уровня гликированного гемоглобина
- 2) повышения уровня гликированного гемоглобина
- 3) повышения частоты легкой и тяжелой гипогликемии
- 4) снижения частоты диабетического кетоацидоза

**У КАЖДОГО РЕБЕНКА ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ И СООТНОШЕНИЕ ИНСУЛИНОВ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОДБИРАЮТСЯ ТОЛЬКО**

- 1) индивидуально
- 2) по тяжести заболевания
- 3) по длительности заболевания
- 4) по гликированному гемоглобину

**В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЛЕЖИТ**

- 1) повышение продукции глюкозы печенью
- 2) аутоиммунная деструкция  $\beta$ -клеток поджелудочной железы
- 3) пострецепторный дефект действия инсулина
- 4) повышение продукции глюкозы мышцами

**МНОГОВОЛНОВОЙ БОЛЮС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) постепенным введением болюсной дозы в течение заданного времени
- 2) однократным введением всей болюсной дозы за минимальное время
- 3) комбинированным (однократно и растянуто) введением инсулина
- 4) введением части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина

**ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ?**

- 1) MODY 5
- 2) MODY 2
- 3) MODY 3

4) LADA

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 2
- 2) MODY 5
- 3) LADA
- 4) липоатрофического диабета

**В ПОМПЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНСУЛИН**

- 1) микстовый инсулин (смесь инсулинов короткого и длительного действия)
- 2) средней продолжительности действия
- 3) ультракороткого действия
- 4) длительного действия

**В СЛУЧАЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НА ФОНЕ ПОПАДАНИЯ КРОВИ В ИНФУЗИОННУЮ СИСТЕМУ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ТРЕБУЕТСЯ**

- 1) наблюдение за уровнем кетонов в крови или моче в течение двух часов
- 2) переход на инсулинотерапию путем множественных инъекций
- 3) удаление крови из инфузионной системы
- 4) внеплановая (срочная) замена катетера

**ЧАСТОТА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ НЕ МЕНЕЕ**

- 1) 1 раза в 2 года
- 2) 3-4 раз в год
- 3) 2-х раз в год
- 4) 1 раза в год

**ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ИНСУЛИН ВВОДИТСЯ**

- 1) внутривенно
- 2) подкожно
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

**ВАЖНЫМИ МАРКЕРАМИ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ СД 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К ГЛЮТАМАТДЕКАРБОКСИЛАЗЕ, ИНСУЛИНУ, ТИРОЗИНФОСФАТАЗЕ И**

- 1) цинковому транспортеру
- 2) иммуноглобулину G
- 3) тканевой трансглутаминазе
- 4) иммуноглобулину M

**АНАЛОГОМ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) лизпро

- 2) аспарт
- 3) гларгин
- 4) глулизин

**СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ**

- 1) наследственного гемохроматоза
- 2) синдрома Даймонда – Швахмана
- 3) недостаточности альфа-1-антитрипсина
- 4) болезни Вильсона – Коновалова

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД) С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ, ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРЕПАРАТАМ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ, ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) СД 2 типа
- 2) MODY 2
- 3) MODY 3
- 4) СД 1 типа

**ПРИМЕРОМ БАЗИСНО-БОЛЮСНОГО РЕЖИМА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гларгин+детемир
- 2) аспарт+глулизин
- 3) аспарт+детемир
- 4) аспарт+лизпро

**ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) задержка внутриутробного развития
- 2) постнатальное отставание ростовых показателей
- 3) раннее введение прикорма с высоким гликемическим индексом
- 4) раннее начало полового созревания у девочек

**СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ РЕТИНОПАТИЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ, НАЧИНАЯ С**

- 1) длительности заболевания 3 года
- 2) дебюта заболевания
- 3) началом пубертатного периода
- 4) возраста пациента старше 15 лет

**В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ**

- 1) является моногенным заболеванием
- 2) является аутоиммунным заболеванием
- 3) связан с выраженной инсулинорезистентностью
- 4) ассоциирован с кистозным фиброзом поджелудочной железы

**ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дефицит глюкагона
- 2) избыток инсулина
- 3) дефицит инсулина
- 4) избыток глюкагона

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- 1) многоволновой болюс
- 2) стандартный болюс
- 3) растянутый болюс
- 4) временная базальная скорость

**В РАЦИОНЕ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИВАТЬ ПРОДУКТЫ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ**

- 1) белков
- 2) клетчатки
- 3) полиненасыщенных жирных кислот
- 4) легкоусвояемых углеводов

**НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ТИПА САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) повышенные уровни цитокинов
- 2) антитела к вирусным инфекциям
- 3) антитела к  $\beta$ -клеткам
- 4) повышенные уровни Т-клеток

**КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРАЛЬНОГО ТЕСТА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ (ОГТТ) ОТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 7,8
- 2) 10,0
- 3) 7,0
- 4) 11,1

**УЧИТЫВАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, ЗАНЯТИЯ ПЛАВАНИЕМ МОГУТ БЫТЬ**

- 1) рекомендованы только после 18 лет
- 2) категорически не рекомендованы
- 3) рекомендованы при условии выполнения правил самоконтроля
- 4) рекомендованы без ограничений

**ПИК ДЕЙСТВИЯ ГЛУЛИЗИНА НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ (В ЧАСАХ)**

- 1) 6-12

2) 12-24

3) 4-6

4) 1-3

### **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИП MODY 2 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

1) спонтанными гипогликемиями

2) выраженной постпрандиальной гипергликемией

3) развитием кетоацидоза

4) длительным непрогрессирующим течением

### **СНИЖЕННАЯ СЕКРЕЦИЯ ИНСУЛИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА \_\_\_\_\_ ТИПА**

1) липоатрофического

2) MODY 2

3) второго

4) MODY 3

### **СОЧЕТАНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НАТОЩАК, СОХРАННОЙ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

1) MODY 2

2) MODY 5

3) липоатрофического диабета

4) LADA

### **У ПОДРОСТКОВ С СД1 С ПОСТОЯННОЙ МИКРОАЛЬБУМИНУРИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ**

1) статинов в сочетании с диуретиками

2) постоянной антибиотикотерапией

3) ингибиторов АПФ

4) диеты с отсутствием в питании белковых продуктов

### **РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ НА ВТОРОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ ЖИЗНИ СВЯЗАНО С**

1) увеличением количества легкоусвояемых углеводов в рационе подростков

2) высокой частотой ожирения в этой возрастной группе

3) пиком пубертатной инсулинорезистентности

4) длительным периодом предшествующего «преддиабета»

### **ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY5 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК, ОТСУТСТВИЕ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) И**

1) атрофии дисков зрительного нерва

2) аномалии развития костей черепа

3) аномалии строения внутренних половых органов у женщин

4) врожденных пороков сердца

### **В СЛУЧАЕ ГИПОГЛИКЕМИИ ВО ВРЕМЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НЕОБХОДИМО**

- 1) прервать физические упражнения и принять углеводы
- 2) продолжая упражнения, принять углеводы
- 3) продолжать упражнения, ведь гликемия все равно повысится
- 4) ввести корректирующую дозу инсулина

### **БАЗИСНО-БОЛЮСНЫЙ РЕЖИМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ - ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНАЛОГОВ ИНСУЛИНА**

- 1) средней длительности действия + беспиковых аналогов инсулина
- 2) ультракороткого действия + свиной инсулин
- 3) ультракороткого действия + простого короткого действия
- 4) ультракороткого действия + беспиковых аналогов инсулина

### **ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) контроль гликемии 1 раз в сутки
- 2) диета с исключением углеводов
- 3) инсулинотерапия
- 4) ограничение физических нагрузок

### **ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY6 ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА БОЛЕЕ 7,0% НАЗНАЧАЮТ**

- 1) бигуаниды
- 2) ингибиторы ДПП4
- 3) препараты сульфаниламидов
- 4) инсулинотерапию

### **ДЛЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ**

- 1) ретинальных кровоизлияний
- 2) множественных экссудатов
- 3) неоваскуляризации сосудов
- 4) единичных микроаневризм

### **ПОД ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ПОНИМАЮТ СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СД, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ**

- 1) лейкоцитарной инфильтрацией лоханок
- 2) формированием узелкового гломерулосклероза
- 3) появлением некроза в канальцах
- 4) образованием микроабцессов в лоханках

### **К ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ МОЖНО ОТНЕСТИ ТАКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КАК**

- 1) ишемическая болезнь сердца
- 2) заболевания артерий нижних конечностей

- 3) липодистрофии в местах инъекций инсулина
- 4) диабетическая ретинопатия

**НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ПРИЕМОМ ПИЩИ ВВОДЯТ ИНСУЛИН**

- 1) лизпро
- 2) гларгин
- 3) детемир
- 4) хумулин НПХ

**У ПАЦИЕНТА С СД 1 ТИПА НА ФОНЕ РЕГУЛЯРНЫХ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ**

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается
- 3) отсутствует
- 4) не меняется

**БЕСПИКОВЫМ АНАЛОГОМ ИНСУЛИНА ПРОДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) лизпро
- 2) аспарт
- 3) гларгин
- 4) глулизин

**ОДНОЗНАЧНО ИСКЛЮЧИТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ**

- 1) уровень С-пептида натощак ниже 0,5 нг/мл
- 2) высокий титр панкреатических антител
- 3) кетоацидоз в дебюте заболевания
- 4) уровень С-пептида после еды ниже 1,0 нг/мл

**ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В СТЕКЛОВИДНОЕ ТЕЛО ПРИ СД1 ТИПА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) непролиферативной ретинопатии
- 2) пролиферативной ретинопатии
- 3) ангиопатии сетчатки
- 4) препролиферативной ретинопатии

**СТАРТОВОЙ ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ 8,5% И ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) метформин
- 2) инсулин продленного действия
- 3) диета с ограничением легкоусвояемых углеводов
- 4) прандиальный инсулин

**ВЫБЕРИТЕ ВИД АУТОАНТИТЕЛ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

- 1) к сахаромикетам
- 2) к цитоплазме нейтрофилов
- 3) к тканевой трансглутаминазе
- 4) к глутаматдекарбоксилазе

### **ВНУТРИВЕННО МОЖНО ВВОДИТЬ ИНСУЛИН**

- 1) актрапид НМ
- 2) детемир
- 3) гларгин
- 4) инсуман базал

### **КОЛИЧЕСТВО ЖИРА В РАЦИОНЕ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ ОТ СУТОЧНОЙ КАЛОРИЙНОСТИ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 30-35
- 2) 40-45
- 3) 20-25
- 4) 10-15

### **РАСЧЕТ ДОЗЫ БОЛЮСНОГО ИНСУЛИНА КАЛЬКУЛЯТОРОМ БОЛЮСА ПРОВОДИТСЯ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПОЙ**

- 1) на основе предустановленных индивидуальных коэффициентов
- 2) исходя из показателей непрерывного мониторинга глюкозы (автоматически)
- 3) на основе средних показателей гликемии в течение предыдущих суток
- 4) на основании среднесуточной дозы инсулина за предыдущие сутки

### **СОГЛАСНО СТАНДАРТУ ISO 15197:2013, ТОЧНОСТЬ ГЛЮКОМЕТРА ПРИ ГЛИКЕМИИ $\geq 5,6$ ММОЛЬ/Л ДОЛЖНА БЫТЬ В ПРЕДЕЛАХ \_\_\_ ДЛЯ $>95\%$ ИЗМЕРЕНИЙ**

- 1)  $\pm 15\%$
- 2)  $\pm 20\%$
- 3)  $\pm 10\%$
- 4)  $\pm 5\%$

### **ОГРАНИЧЕНИЕМ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПЕРЕВОДЕ НА ПОМПОВУЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ МОГУТ БЫТЬ**

- 1) низкая мотивация к самоконтролю
- 2) возраст ребенка до года
- 3) высокая потребность в инсулине
- 4) частые гипогликемии

### **ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛИЗПРО СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)**

- 1) 1-2
- 2) 3-5
- 3) 12-24
- 4) 5-8

**ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННЫМ САМОКОНТРОЛЕМ ГЛЮКОЗЫ ГЛЮКОМЕТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) непрерывность данных об уровне гликемии
- 2) дискретность данных об уровне гликемии
- 3) относительная дешевизна и доступность метода
- 4) простота метода

**ПЕРМАНЕНТНЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ЭПИЛЕПСИЯ, ЗАДЕРЖКА ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ**

- 1) DEND-синдрома
- 2) синдрома Прадера-Вилли
- 3) синдрома Альстрема
- 4) DIDMOAD-синдрома

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НИЖЕ \_\_\_\_\_%**

- 1) 7
- 2) 6,1
- 3) 6,6
- 4) 7,5

**ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ САМОКОНТРОЛЯ С ЧАСТОТОЙ \_\_\_\_\_ РАЗ В СУТКИ**

- 1) менее 2
- 2) менее 4
- 3) 6-10
- 4) 10-15

**ВЫРАЖЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КРЕАТИНИНФОСФОКИНАЗЫ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ДКА УКАЗЫВАЕТ НА РАЗВИТИЕ**

- 1) рабдомиолиза
- 2) сепсиса
- 3) гипокалиемии
- 4) гиперфосфатемии

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, АНОМАЛИЙ СТРОЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК/ЖЕНЩИН С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 5
- 2) MODY 2
- 3) липоатрофического диабета
- 4) LADA

**МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ АУТОИММУННОЙ ДЕСТРУКЦИЯ В-КЛЕТОК**

## **ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

- 1) 2 типа
- 2) 1 типа
- 3) гестационного
- 4) типа MODY

## **В СЛУЧАЕ СТАБИЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ПОЛЕ ВВЕДЕНИЯ БОЛЮСА НА КОРРЕКЦИЮ ГИПЕРГЛИКЕМИИ, В НАСТРОЙКАХ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА НЕОБХОДИМО**

- 1) увеличить углеводный коэффициент
- 2) увеличить фактор чувствительности к инсулину
- 3) уменьшить углеводный коэффициент
- 4) уменьшить фактор чувствительности к инсулину

## **ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ, КОНТРОЛЬ КЕТОНОВ В КРОВИ ИЛИ МОЧЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В СЛУЧАЕ**

- 1) любой гипергликемии более 10 ммоль/л
- 2) отключения инсулиновой помпы на 1-2 часа
- 3) возникновения любых сигналов тревоги
- 4) стойкой гипергликемии более 14 ммоль/л

## **ОСНОВНЫМИ РЕЖИМАМИ РАБОТЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) базальный и болюсный
- 2) непрерывный и болюсный
- 3) базальный и непрерывный
- 4) болюсный и растянутый

## **К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ МЕТОФРМИНА ОТНОСИТСЯ**

- 1) набор веса
- 2) диарея
- 3) тахикардия
- 4) головная боль

## **ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY5 ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА БОЛЕЕ 7,0% НАЗНАЧАЮТ**

- 1) бигуаниды
- 2) ингибиторы ДПП4
- 3) препараты сульфаниламочевины
- 4) инсулинотерапию

## **К УРГЕНТНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ**

- 1) тяжелая дегидратация
- 2) прогрессивный набор массы тела
- 3) инфекция кожных покровов
- 4) фебрильная температура тела

## **ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ОТ 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) выраженная инсулинорезистентность
- 2) абсолютная секреторная недостаточность инсулина
- 3) умеренная инсулинорезистентность
- 4) частичный дефект инсулиносекреции

## **ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ, ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ОБЛАДАЕТ ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ В ОТНОШЕНИИ**

- 1) повышения частоты тяжелой гипогликемии
- 2) снижения частоты диабетического кетоацидоза
- 3) повышения уровня гликированного гемоглобина
- 4) снижения частоты тяжелой гипогликемии

## **НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ БЫВАЕТ**

- 1) острым и хроническим
- 2) транзиторным и перманентным
- 3) генерализованным и парциальным
- 4) врожденным и приобретенным

## **КАКОЙ ВИД НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕОБХОДИМОСТЬЮ ПЕРИОДИЧЕСКОГО СКАНИРОВАНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ОБ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ?**

- 1) непрерывный мониторинг глюкозы в «реальном» времени
- 2) флеш-мониторинг глюкозы
- 3) мониторинг глюкозы глюкометром
- 4) ретроспективный («слепой») непрерывный мониторинг

## **ЧТО ТАКОЕ АКТИВНЫЙ ИНСУЛИН ПРИ РАСЧЕТЕ ДОЗЫ КАЛЬКУЛЯТОРОМ БОЛЮСА?**

- 1) количество введенного болюсного и базального инсулина, который может влиять на гликемию
- 2) отношение введенного болюсного инсулина к оставшемуся инсулину в резервуаре
- 3) количество введенного болюсного инсулина, который может влиять на гликемию
- 4) общее количество ранее введенного болюсного и базального инсулина

## **КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ СД 1 ТИПА ПРОИСХОДИТ ПРИ ДЕСТРУКЦИИ**

- 1) 60-70%  $\beta$ -клеток
- 2) 10-20%  $\beta$ -клеток
- 3) 80-90%  $\beta$ -клеток
- 4) 30-50%  $\beta$ -клеток

## **ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 12 ЛЕТ С САХАРНЫМ**

**ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НАТОЩАК ПЕРЕД ЕДОЙ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 5,0-10,0
- 2) 4,0-7,0
- 3) 4,0-8,0
- 4) 4,4-7,8

**В РАЦИОНЕ РЕБЕНКА СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА НЕНАСЫЩЕННЫХ И НАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ**

- 1) 1:1
- 2) 1:2
- 3) 2:1
- 4) 1:3

**ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ТРАДИЦИОННОГО САМОКОНТРОЛЯ ГЛЮКОЗЫ ГЛЮКОМЕТРОМ ПО СРАВНЕНИЮ С НЕПРЕРЫВНЫМ МОНИТОРИНГОМ ГЛЮКОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) простота метода
- 2) непрерывность данных об уровне гликемии
- 3) дискретность данных об уровне гликемии
- 4) относительная дешевизна и доступность метода

**ПРИ ГЛИКЕМИИ 4,0 ММОЛЬ/Л ПЕРЕД ИНЪЕКЦИЕЙ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК ДОЗУ ИНСУЛИНА ВВОДЯТ**

- 1) не изменяя дозы
- 2) на 10% меньше
- 3) на 20% меньше
- 4) на 10% больше

**У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ УРОВЕНЬ НВА1С -7,3%, В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ 2-3 ЛЕГКИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ, ПРИ ПЕРЕВОДЕ НА ПОМПОВУЮ ТЕРАПИЮ НУЖНО БУДЕТ СНИЗИТЬ СУТОЧНУЮ ДОЗУ ИНСУЛИНА НА**

- 1) 15-20%
- 2) 10%
- 3) 50%
- 4) 5%

**ИНСУЛИНОВЫЕ ИГЛЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ \_\_\_\_\_ РАЗ/РАЗА**

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

**АНАЛОГОМ ИНСУЛИНА УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) глулизин

- 2) гларгин
- 3) детемир
- 4) протафан НМ

**ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА (ОГТТ)**

- 1) 7,8-10,0
- 2) 7,8-11,0
- 3) 5,6-6,9
- 4) 6,9-7,8

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА MODY 3 ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) кетоацидоз
- 2) глюкозурия при нормогликемии
- 3) нефропатия
- 4) гипергликемия натощак

**У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ЕЖЕГОДНЫЙ МОНИТОРИНГ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ (РОСТ, ВЕС) С ЦЕЛЬЮ СВОЕВРЕМЕННОЙ ОЦЕНКИ**

- 1) возможного развития других осложнений
- 2) адекватности доз применяемой инсулинотерапии
- 3) задержки физического развития
- 4) задержки полового развития

**ПОЛНОЕ ОТСОЕДИНЕНИЕ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ НЕОБХОДИМО**

- 1) при непродолжительных физических нагрузках
- 2) на время водных процедур
- 3) при высокой влажности окружающей среды
- 4) при температуре окружающей среды более 30 градусов

**HLA-ГЕНЫ II КЛАССА ВНОСЯТ БОЛЬШОЙ ВЛAD В РАЗВИТИЕ СД 1 ТИПА И ОПРЕДЕЛЯЮТ ДО \_\_\_\_% ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В ЕГО РАЗВИТИИ**

- 1) 10-20
- 2) 1-4
- 3) 50-60
- 4) 90-100

**ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО**

- 1) повышение уровня креатинина
- 2) протеинурия
- 3) повышение уровня микроальбуминурии
- 4) повышение АД

**ИНСУЛИНЗАВИСИМЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (В ТОМ ЧИСЛЕ, НЕОНАТАЛЬНЫЙ), МЕГАЛОБЛАСТНАЯ АНЕМИЯ, НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) IPЕХ-синдрома
- 2) синдрома Роджерса
- 3) синдрома Прадера-Вилли
- 4) DEND-синдрома

**НАСТРОЙКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ БАЗАЛЬНЫХ ПРОФИЛЕЙ В ИНСУЛИНОВОЙ ПОЗВОЛЯЕТ**

- 1) отказаться от использования болюсного режима введения инсулина
- 2) предотвратить потерю базальных настроек в случае поломки помпы
- 3) использовать помпу у нескольких пациентов в стационарных условиях
- 4) адаптировать базальную скорость к различному образу жизни

**В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ЛИПОАТРОФИЧЕСКОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ЛЕЖИТ**

- 1) выраженная инсулинорезистентность
- 2) аутоиммунное поражение бета-клеток
- 3) моногенный дефект синтеза инсулина
- 4) кистозный фиброз поджелудочной железы

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АСПАРТА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)**

- 1) 12-24
- 2) 1-2
- 3) 3-5
- 4) 5-8

**СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ НЕФРОПАТИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ \_\_\_\_ ПАЦИЕНТАМ С СД1 ТИПА, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА 11 ЛЕТ, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ 2 ЛЕТ**

- 1) 1 раз в 5 лет
- 2) 1 раз в 2 года
- 3) 1-2 раза в год
- 4) 1 раза в 3 года

**КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ ХАРАКТЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СО СЛУЧАЙНЫМ ВЫЯВЛЕНИЕМ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ ОТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 6,1
- 2) 7,0
- 3) 11,1
- 4) 7,8

**ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ**

- 1) полностью отсутствует

- 2) повышается
- 3) снижается
- 4) остается без изменений

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, РАННЕЙ ПРОТЕИНУРИИ С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 2
- 2) MODY 5
- 3) LADA
- 4) липоатрофического диабета

**ДЕТЯМ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА НАЗНАЧАЮТ**

- 1) инсулины пролонгированного действия
- 2) фитотерапию
- 3) бигуаниды
- 4) инсулины короткого действия

**ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY5 ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В**

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 2 года
- 4) месяц

**ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СТАТУС ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ**

- 1) показаний содержания в крови витамина Д
- 2) анализа уровня содержания в моче глюкозы
- 3) результатов динамических изменений веса
- 4) самоконтроля

**СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ НЕФРОПАТИЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ, НАЧИНАЯ С**

- 1) возраста пациента старше 15 лет
- 2) началом пубертатного периода
- 3) длительности заболевания 3 года
- 4) дебюта заболевания

**В СЛУЧАЕ СТАБИЛЬНОЙ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ, В НАСТРОЙКАХ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА НЕОБХОДИМО**

- 1) увеличить углеводный коэффициент
- 2) увеличить фактор чувствительности к инсулину
- 3) уменьшить фактор чувствительности к инсулину
- 4) уменьшить углеводный коэффициент

**МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИНА ИГЛЫ, ДОСТАТОЧНАЯ ДЛЯ ПРОНИКНОВЕНИЯ ЧЕРЕЗ КОЖУ И ПОПАДАНИЯ В ПЖК, СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)**

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 8
- 4) 6

**СКРИНИНГ НА НАЛИЧИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ**

- 1) ежегодно, начиная с возраста 11 лет при длительности заболевания 2 года и с 9 лет при длительности заболевания 5 лет
- 2) каждые 2 года, начиная с возраста 5 лет, независимо от длительности заболевания
- 3) ежегодно, начиная с возраста 10 лет при длительности заболевания 3 года и при длительности более 5 лет независимо от возраста
- 4) через 2 года после манифестации заболевания, независимо от возраста

**К ФАКТОРАМ РИСКА, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) частые тяжелые гипогликемии
- 2) хроническая гипергликемия
- 3) частые физические нагрузки
- 4) употребление большого количества белковой пищи

**ФЕНОМЕН «УТРЕННЕЙ ЗАРИ» У ПАЦИЕНТОВ С СД 1 ТИПА ЧАЩЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ У**

- 1) детей препубертатного возраста
- 2) взрослых
- 3) детей раннего возраста
- 4) подростков

**ДИАГНОЗ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ВРАЧОМ-ОФТАЛЬМОЛОГОМ НА ОСНОВАНИИ**

- 1) осмотра глазного дна без расширения зрачка
- 2) осмотра глазного дна при расширенном зрачке
- 3) проведения определения только полей зрения
- 4) проведения проверки только остроты зрения

**КОЛИЧЕСТВО БЕЛКОВЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНО СООТВЕТСТВОВАТЬ**

- 1) рекомендациям для детей без сахарного диабета с задержкой роста
- 2) 5% от суточного калоража питания
- 3) рекомендациям для здоровых детей
- 4) рекомендациям для детей без сахарного диабета со сниженной массой тела

**ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ПОСРЕДСТВОМ «КВАДРАТНОЙ ВОЛНЫ» ПОДРАЗУМЕВАЕТ**

- 1) последовательная комбинация болюсов: нормальный, затем суперболюс
- 2) равномерное введение болюса в течение определенного периода времени

- 3) последовательная комбинация болюсов: суперболюс, затем нормальный болюс
- 4) удвоенный нормальный болюс

**ПИК ДЕЙСТВИЯ УЛЬТРАКОРОТКОГО ИНСУЛИНА ОТМЕЧАЮТ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ**

- 1) 1-1,5 часа
- 2) 2-3 часа
- 3) 4-6 часов
- 4) 6-8 часов

**ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нормализация уровня С-пептида в гормональном исследовании крови
- 2) развитие самостоятельности и мотивации к самоконтролю
- 3) достижение нормального или ниже уровня гликированного гемоглобина (4-6%)
- 4) снижение антител к антигенам бета-клеток (ICA, GADA, IAA, IA2)

**ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ ГИПОГЛИКЕМИИ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- 1) отказаться от физической нагрузки и занятий спортом
- 2) принять в большом количестве белковую пищу
- 3) ввести дополнительно корректирующую дозу инсулина
- 4) принять дополнительные углеводы

**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) регулярный контроль уровня гликемии
- 2) регулярное применение калькулятора болюса
- 3) использование мягких катетеров
- 4) использование жестких катетеров

**ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА MODY 2 ВСТРЕЧАЕТСЯ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 40-50
- 2) более 80
- 3) 15-20
- 4) 1-3

**САМОЙ ЧАСТОЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИРЕХ-СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) пангипопитуитаризм
- 2) острая надпочечниковая недостаточность
- 3) неонатальный сахарный диабет
- 4) врожденный гипопаратиреоз

**ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ С НОРМАЛЬНЫМ ВЕСОМ (БЕЗ ОЖИРЕНИЯ) НАБЛЮДАЕТСЯ В**

- 1) Соединенных Штатах Америки
- 2) Южной Азии
- 3) Российской Федерации
- 4) Европейских странах

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ГЛУЛИЗИНА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)**

- 1) 12-24
- 2) 1-2
- 3) 3-5
- 4) 5-8

**ВНУТРИВЕННО МОЖНО ВВОДИТЬ ИНСУЛИН**

- 1) протафан НМ
- 2) детемир
- 3) глулизин
- 4) гларгин

**ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ПРОИЗВОДНЫХ СУЛЬФАНИЛМОЧЕВИНЫ ПАЦИЕНТАМ С НЕОНАТАЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕОБХОДИМО**

- 1) проведение HLA-типирования
- 2) исследование уровня антител
- 3) проведение молекулярно-генетического исследования
- 4) определение уровня С-пептида в крови

**КАКОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ АССОЦИИРОВАНО С РАЗВИТИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА?**

- 1) брюшной тиф
- 2) коревая инфекция
- 3) врожденная краснуха
- 4) менингококковая септицемия

**БИОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ВКЛИНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В БОЛЬШОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ДКА ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ**

- 1) снижение концентрации натрия
- 2) увеличение концентрации натрия
- 3) увеличение концентрации калия
- 4) снижение концентрации калия

**ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY3 ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В**

- 1) 3 месяца

- 2) 6 месяцев
- 3) 2 года
- 4) месяц

### **ПОД БАЗАЛЬНОЙ СКОРОСТЬЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ПОНИМАЮТ**

- 1) почасовую схему введения инсулина в базальном режиме за сутки
- 2) количество инсулина, подаваемого помпой в базальном режиме за один час
- 3) одномоментное введение инсулина перед приемом пищи
- 4) количество инсулина, подаваемого помпой в базальном режиме за одни сутки

### **ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛИПОГИПЕРТРОФИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) отсутствие чередования участков инъекций
- 2) применение аналогов инсулина ультракороткого действия
- 3) длительность сахарного диабета более десяти лет
- 4) использование коротких игл для введения инсулина

### **ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СД 1 ТИПА ПРИ НАЛИЧИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ АУТОАНТИТЕЛ К ГЛЮТАМАТДЕКАРБОКСИЛАЗЕ, ТИРОЗИНФОСФАТАЗЕ, ОСТРОВКОВЫМ КЛЕТКАМ В 26% МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ АУТОАНТИТЕЛА К**

- 1) глиадину
- 2) тканевой трансглутаминазе
- 3) иммуноглобулину G
- 4) цинковому транспортеру

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧАСТОТА САМОКОНТРОЛЯ ГЛЮКОЗЫ ГЛЮКОМЕТРОМ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ РАЗ/РАЗА В СУТКИ**

- 1) более 10
- 2) менее 2
- 3) 2-3
- 4) 6-10

### **ПРИ НАЛИЧИИ АКТИВНОГО ИНСУЛИНА, КАЛЬКУЛЯТОР БОЛЮСА**

- 1) оставит без изменений дозу болюсного инсулина на коррекцию
- 2) уменьшит скорость базального инсулина на заданное время
- 3) увеличит дозу болюсного инсулина на коррекцию
- 4) уменьшит дозу болюсного инсулина на коррекцию

### **ПОД РАСТЯНУТЫМ БОЛЮСОМ ПОНИМАЮТ**

- 1) введение части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина
- 2) однократное введением всей болюсной дозы за минимальное время
- 3) постепенное введение болюсной дозы в течение заданного времени
- 4) комбинированное (однократно и растянуто) введением инсулина

## **АПОПТОЗ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ В В-КЛЕТКАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СД 1 ТИПА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) случайно запущенный процесс гибели клеток
- 2) программированную гибель клеток
- 3) воспалительная реакцию клеток на внешние факторы
- 4) аутоиммунную реакцию клеток на внешние факторы

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАКОЙ ГРУППЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПОВЫШЕНИЮ ГЛИКЕМИИ?**

- 1) амиодарона
- 2) антибактериальных препаратов группы фторхинолонов
- 3) глюкокортикоидов
- 4) антибактериальных препаратов группы хлорамфеникола

## **ПРИЕМ МЕТФОРМИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДОВАН**

- 1) перед основными приемами пищи в зависимости от уровня гликемии
- 2) 1 раз в день рано утром, что связано с пиком инсулинорезистентности
- 3) перед основными приемами пищи
- 4) 2-3 раза в день

## **ОПТИМАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ**

- 1) частое дробное питание с преобладанием сложных углеводов
- 2) частый контроль глюкозы крови
- 3) контроль уровня кетонов в крови или моче при каждом измерении уровня глюкозы крови
- 4) ограничение в суточном рационе питания легкоусвояемых углеводов

## **ДОЗА БОЛЮСНОГО ИНСУЛИНА НА КОРРЕКЦИЮ ГЛИКЕМИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА ЗАВИСИТ ОТ**

- 1) базальной скорости
- 2) типа болюсного введения
- 3) углеводного коэффициента
- 4) фактора чувствительности к инсулину

## **ОСТРАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ С КЕТОЗОМ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ВСТРЕЧАЕТСЯ В \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ**

- 1) 2-5
- 2) 5-10
- 3) 20-30
- 4) 10-20

## **РАСЧЕТНОЙ ДОЗОЙ ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТАНДАРТНОГО ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) 1,75 г/кг, но не более 100 г
- 2) 1,5 г/кг, но не более 100 г
- 3) 1,5 г/кг, но не более 75 г
- 4) 1,75 г/кг, но не более 75 г

**ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЛАЗЕРНАЯ КООГУЛЯЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ВРАЧОМ**

- 1) педиатром
- 2) хирургом
- 3) офтальмологом
- 4) эндокринологом

**НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ПРИЕМОМ ПИЩИ ВВОДЯТ ИНСУЛИН**

- 1) хумулин НПХ
- 2) гларгин
- 3) аспарт
- 4) детемир

**КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ СД 1 ТИПА ПРОИСХОДИТ НА СТАДИИ**

- 1) нарушения толерантности к глюкозе
- 2) генетической предрасположенности
- 3) гибели 80-90%  $\beta$ -клеток
- 4) развития активного аутоиммунного процесса

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 6 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПОСЛЕ ЕДЫ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ISPAD 2018, СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 4,0-8,0
- 2) 4,0-7,0
- 3) 5,0-10,0
- 4) 4,4-7,8

**КАКОЙ ВИД НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬЮ ВИДЕТЬ АВТОМАТИЧЕСКИ ОБНОВЛЯЕМУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПОКАЗАТЕЛЯХ ГЛЮКОЗЫ?**

- 1) ретроспективный («слепой») непрерывный мониторинг
- 2) непрерывный мониторинг глюкозы в «реальном» времени
- 3) флеш-мониторинг глюкозы
- 4) мониторинг глюкозы глюкометром

**ВРЕМЕННАЯ БАЗАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ПРИ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК**

- 1) автоматическая подача большей дозы инсулина в ранние утренние часы в случае феномена «утренней зари»
- 2) временный переход помпы в «спящий» режим

- 3) временное увеличение базальной скорости после еды
- 4) снижение/увеличение скорости подачи базального инсулина на определенное, заданное время

**ИГЛЫ ДЛЯ ШПРИЦ-РУЧЕК СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ \_\_\_\_ РАЗ/РАЗА**

- 1) 6
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 4

**НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ СД 1 ТИПА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ АУТОАНТИТЕЛА К В-КЛЕТКАМ: К ОСТРОВКОВЫМ КЛЕТКАМ, ГЛЮТАМАТДЕКАРБОКСИЛАЗЕ, ИНСУЛИНУ И К**

- 1) тканевой трансглутаминазе
- 2) рецептору инсулина
- 3) глиадину
- 4) тирозинфосфатазе

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА С ПОМОЩЬЮ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- 1) ультракороткий аналог инсулина
- 2) инсулин средней продолжительности действия
- 3) пролонгированный инсулин
- 4) комбинированный (смешанный) инсулин

**САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ DIDMOAD-СИНДРОМЕ**

- 1) аутоиммунный, инсулиннезависимый
- 2) аутоиммунный, инсулинозависимый
- 3) неаутоиммунный, инсулинозависимый
- 4) неаутоиммунный, инсулиннезависимый

**ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИВАТЬ КАШИ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН, К КОТОРЫМ ОТНОСИТСЯ**

- 1) овсяная
- 2) кукурузная
- 3) гречневая
- 4) манная

**ИНФУЗИОННУЮ СИСТЕМУ ТРЕБУЕТСЯ МЕНЯТЬ**

- 1) 1 раз в 14 дней
- 2) каждый день
- 3) 1 раз в неделю
- 4) 1 раз в 2-3 дня

**ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА АУТОАНТИТЕЛА К В-КЛЕТКАМ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА**

## **СТАДИИ**

- 1) генетической предрасположенности
- 2) активного аутоиммунного процесса
- 3) полной деструкции  $\beta$ -клеток
- 4) нарушенной толерантности к глюкозе

## **СКРИНИНГ НА НАЛИЧИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ**

- 1) через 2 года после манифестации заболевания, независимо от возраста
- 2) каждые 2 года, начиная с возраста 5 лет, независимо от длительности заболевания
- 3) ежегодно, начиная с возраста 11 лет при длительности заболевания 2 года и с 9 лет при длительности заболевания 5 лет
- 4) ежегодно, начиная с возраста 10 лет при длительности заболевания 3 года и при длительности более 5 лет независимо от возраста

## **ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ ВЫШЕ 33,3 ММОЛЬ/Л В СОЧЕТАНИИ С ОСМОЛЯРНОСТЬЮ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЕЕ 320 мОсм/кг УКАЗЫВАЕТ НА РАЗВИТИЕ**

- 1) гипергликемического гиперосмолярного статуса
- 2) тяжелого диабетического кетоацидоза
- 3) средне-тяжелого диабетического кетоацидоза
- 4) острой почечной недостаточности

## **СОЧЕТАНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НАТОЩАК С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) LADA
- 2) MODY 5
- 3) MODY 2
- 4) липоатрофического диабета

## **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОГО ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ИЗМЕРЯЕТСЯ**

- 1) 5 раз
- 2) 3 раза
- 3) 2 раза
- 4) 4 раза

## **СЕКРЕЦИЯ ИНСУЛИНА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИП MODY 2**

- 1) повышена
- 2) отсутствует
- 3) снижена
- 4) нормальная

## **ВЫСОКИЕ СИММЕТРИЧНЫЕ Т-ЗУБЦЫ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О**

- 1) гиперкалиемии
- 2) гипокалиемии
- 3) гипогликемии
- 4) гипергликемии

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА СО СНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ИНСУЛИНА С АТРОФИЕЙ ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА, НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ, НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ТИТРОМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 2
- 2) DIDMOAD-синдрома
- 3) синдрома Альстрема
- 4) липоатрофического диабета

**МЕТФОРМИН СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ПУТЕМ**

- 1) увеличения секреции инсулина
- 2) увеличения чувствительности к инсулину
- 3) снижения всасывания глюкозы в кишечнике
- 4) повышения уровня глюкозурии

**ЧТО ТАКОЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ИНСУЛИНА В НАСТРОЙКЕ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА?**

- 1) время до пика действия введённого болюсного инсулина
- 2) время действия инсулина, учитываемое как активное
- 3) время от начала действия до пика действия инсулина
- 4) максимальная продолжительность действия используемого инсулина

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ («СЛЕПОЙ») НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ ГЛЮКОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) наличием сигналов тревоги в случае гипогликемии
- 2) наличием сигналов тревоги в случае гипергликемии
- 3) отсутствием необходимости калибровки
- 4) отсутствием доступа к текущим показателям глюкозы по данным сенсора

**КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ НАТОЩАК ОТ (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 7,0
- 2) 5,6
- 3) 6,1
- 4) 7,8

**ФИКСИРОВАННАЯ ЗАПРАВКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ**

- 1) заполнения пластиковой канюли
- 2) заполнения металлической канюли
- 3) заполнения всей инфузионной системы

4) промывки инфузионной системы

**ВЫБЕРИТЕ ВИД АУТОАНТИТЕЛ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

- 1) К эндомизию
- 2) К глиадину
- 3) К тирозинфосфатазе
- 4) К ретикулину

**ЧАСТОТА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ПРИ НАЛИЧИИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_ РАЗ/РАЗА В ГОД**

- 1) 6
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3-4

**ПЕРЕВОД РЕБЕНКА В ДЕБЮТЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С ИНСУЛИНОТЕРАПИИ НА ТЕРАПИЮ МЕТФОРМИНОМ ЗАНИМАЕТ (В НЕДЕЛЯХ)**

- 1) 2-6
- 2) 4-8
- 3) 6-12
- 4) 8-14

**ПРИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА СОСТАВЛЯЕТ(В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) ниже 3
- 2) ниже 7
- 3) выше 10
- 4) выше 8

**ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ, ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ОБЛАДАЕТ ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ В ОТНОШЕНИИ**

- 1) снижения риска микрососудистых осложнений
- 2) повышения уровня гликированного гемоглобина
- 3) повышения частоты тяжелой гипогликемии
- 4) снижения частоты диабетического кетоацидоза

**СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ЛЕТ**

- 1) 17,5
- 2) 10,5
- 3) 13,5
- 4) 8,5

**КОЛИЧЕСТВО ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ВЫЧИСЛЯЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА 1,75 Г НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА РЕБЕНКА, НО НЕ БОЛЕЕ (В ГРАММАХ)**

- 1) 60
- 2) 80
- 3) 50
- 4) 75

**ПРИ НАСТРОЙКЕ БАЗИСНОЙ ДОЗЫ МОЖНО ЗАДАТЬ**

- 1) 10 временных интервалов в сутки
- 2) 24-48 временных интервалов в сутки
- 3) 60-72 временных интервалов в сутки
- 4) 1 временный интервал в сутки

**ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНЫ АНТИТЕЛА К**

- 1) митохондриям
- 2) микросомальной тиреопероксидазе
- 3) декарбоксилазе глутаминовой кислоты
- 4) тиреотропному гормону

**СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ АУТОИММУННОЙ ДЕСТРУКЦИИ В-КЛЕТОК ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) сниженные уровни инсулина
- 2) повышенные уровни глюкозы крови
- 3) сниженные уровни С-пептида
- 4) аутоантитела к  $\beta$ -клеткам

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕОНАТАЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ INS, ХАРАКТЕРНО**

- 1) отсутствие потребности в сахароснижающей терапии
- 2) изолированное нарушение углеводного обмена
- 3) сочетание сахарного диабета с кистозной дисплазией почек
- 4) сочетание сахарного диабета с нейросенсорной тугоухостью

**ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY5 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И**

- 1) атрофии дисков зрительного нерва
- 2) аномалии развития костей черепа
- 3) аномалии строения внутренних половых органов у женщин
- 4) врожденных пороков сердца

**ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY1 ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА БОЛЕЕ 7,0% НАЗНАЧАЮТ**

- 1) ингибиторы ДПП4

- 2) аналоги глюкагоноподобного пептида-1
- 3) инсулинотерапию
- 4) бигуаниды

### **ПОНЯТИЕ УГЛЕВОДНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ ОЗНАЧАЕТ КОЛИЧЕСТВО**

- 1) инсулина, необходимое для усвоения 1 ХЕ или 10-12 грамм углеводов
- 2) инсулина, необходимого для снижения уровня гликемии на 1 ммоль
- 3) ХЕ, необходимых пациенту на основные приемы пищи
- 4) углеводов, стандартно принимаемых пациентом на один прием пищи

### **НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПЕРЕД ОСНОВНЫМИ ПРИЕМАМИ ПИЩИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (В ЕД)**

- 1) 1,5-2
- 2) 0,5-1
- 3) 4-6
- 4) 2-4

### **ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ПОСРЕДСТВОМ «НОРМАЛЬНОГО БОЛЮСА» ПОДРАЗУМЕВАЕТ**

- 1) волнообразное введение болюса в течение определенного периода времени
- 2) быстрое, однократное введение инсулина
- 3) растянутое неравномерное введение болюса в течение определенного периода времени
- 4) равномерное введение болюса в течение определенного периода времени

### **ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА УСТАНОВЛЕНА АССОЦИАЦИЯ С МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ КАК: ГЕНЫ HLA II КЛАССА, В ТОМ ЧИСЛЕ**

- 1) ген PTPN22, кодирующий тирозинфосфатазу
- 2) ген KCNJ11, кодирующий субъединицы АТФ-чувствительного калиевого канала
- 3) ген ABCC8, кодирующий субъединицы АТФ-чувствительного калиевого канала
- 4) ген GSK, кодирующий фосфорилирование глюкозы в печени

### **СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД), СНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА, ГЛЮКОЗУРИИ ЗАФИКСИРОВАННОЙ ДО РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) LADA
- 2) СД 2 типа
- 3) MODY 2
- 4) MODY 5

### **НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ЖАЛОБАМИ НА**

- 1) снижение темпов роста
- 2) потерю веса, появление опрелости в паховых складках
- 3) избыточную массу тела

4) перераспределение подкожной жировой ткани по кушингоидному типу

#### **ВНУТРИВЕННО МОЖНО ВВОДИТЬ ИНСУЛИН**

- 1) протафан НМ
- 2) детемир
- 3) лизпро
- 4) гларгин

#### **СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ НЕЙРОПАТИЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ, НАЧИНАЯ С**

- 1) возраста пациента старше 15 лет
- 2) началом пубертатного периода
- 3) длительности заболевания 3 года
- 4) дебюта заболевания

#### **ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ ОТ НАЧАЛА ДИАБЕТА У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ ПОВЫШАЕТСЯ ДО \_\_\_\_\_ ЕД/КГ МАССЫ ТЕЛА**

- 1) 1,5
- 2) 1
- 3) 2,5
- 4) 2,0

#### **СТАНДАРТНЫЙ БОЛЮС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) постепенным введением болюсной дозы в течение заданного времени
- 2) введением части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина
- 3) однократным введением всей болюсной дозы за минимальное время
- 4) комбинированным (однократно и растянуто) введением инсулина

#### **НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В ЕД/КГ/ЧАС)**

- 1) 0,8
- 2) 0,5
- 3) 1,0
- 4) 0,1

#### **К ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ НИЗКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОТНОСЯТСЯ**

- 1) коренные канадцы
- 2) австралийцы
- 3) африканцы
- 4) кавказоиды

#### **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) избыток глюкагона
- 2) дефицит инсулина
- 3) дефицит глюкагона
- 4) избыток инсулина

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД) С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ, РАЗВИТИЕМ ГЛЮКОЗУРИИ ДО НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРЕПАРАТАМ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) MODY 2
- 2) MODY 3
- 3) СД 2 типа
- 4) СД 1 типа

**ДОПУСКАЕТСЯ ХРАНЕНИЕ ИНСУЛИНА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, ПРИ КОМНАТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ В ТЕЧЕНИЕ МАКСИМУМ**

- 1) дня
- 2) месяца
- 3) часа
- 4) года

**ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕФЛОНОВОЙ КАНЮЛИ ИНФУЗИОННУЮ СИСТЕМУ НУЖНО МЕНЯТЬ 1 РАЗ В**

- 1) 10 дней
- 2) 2 дня
- 3) неделю
- 4) 3 дня

**У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ТТГ, СВ.Т4 И АТ К ТПО**

- 1) 1 раз в 2 года
- 2) каждые 6 месяцев
- 3) 1 раз в 5 лет
- 4) при необходимости

**НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ**

- 1) детемир
- 2) протафан НМ
- 3) гларгин
- 4) глулизин

**КАКОЙ РЕЖИМ РАБОТЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОКРАТНОЙ ПОДАЧЕЙ БОЛЬШИХ ДОЗ ИНСУЛИНА?**

- 1) базальный режим
- 2) болюсный режим

- 3) режим временной базальной дозы
- 4) режим введения многоволнового болюса

**НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ МЕНЬШЕ ИЛИ РАВЕН (В ММОЛЬ/Л)**

- 1) 15,0
- 2) 7,8
- 3) 9,3
- 4) 11,1

**ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНА ЛИЗПРО НА АСПАРТ ДОЗУ ИНСУЛИНА ОБЫЧНО**

- 1) не изменяют
- 2) уменьшают на 10%
- 3) увеличивают на 10%
- 4) уменьшают на 20%

**ПАЦИЕНТУ С ОЖИРЕНИЕМ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГЛ ДЛИНОЙ (В ММ)**

- 1) 10
- 2) 4
- 3) 12,7
- 4) 12

**МАКРОСОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) сахарного диабета 2 типа
- 2) сахарного диабета 1 типа
- 3) болезни Грейвса
- 4) несахарного диабета

**БОЛЮСНЫЙ РЕЖИМ РАБОТЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ ДОЗ ИНСУЛИНА**

- 1) непрерывной подачей ультрамалых
- 2) однократной подачей больших
- 3) многократной подачей больших
- 4) непрерывной подачей больших

**КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ОТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 5,7
- 2) 6,5
- 3) 7,0
- 4) 6,1

**СОЧЕТАНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ**

**ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ, ДЛИТЕЛЬНО НЕПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТОЩАКОВОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) СД 1 типа
- 2) СД 2 типа
- 3) MODY 3
- 4) MODY 2

**КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В РАЦИОНЕ РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ ОТ СУТОЧНОЙ КАЛОРИЙНОСТИ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 25-30
- 2) 20-25
- 3) 15-20
- 4) 10-15

**ИЗМЕНЕНИЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ПРИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- 1) неоваскуляризацией передней камеры глаза
- 2) крупными ретинальными гемorragиями
- 3) единичными микроаневризмами
- 4) неоваскуляризацией диска зрительного нерва

**СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДКА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ**

- 1) Глазго
- 2) Апгар
- 3) Таннер
- 4) Прадер

**ДОПУСТИМО СНЯТИЕ ПОМПЫ В СЛУЧАЕ ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР (БАССЕЙН, МОРЕ И Т.Д.) НА**

- 1) 4 часа
- 2) 2 часа
- 3) 30 минут
- 4) 15 минут

**ДОЗА БОЛЮСНОГО ИНСУЛИНА НА ПРИЕМ ПИЩИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАЛЬКУЛЯТОРА БОЛЮСА ЗАВИСИТ ОТ**

- 1) целевой гликемии
- 2) фактора чувствительности к инсулину
- 3) углеводного коэффициента
- 4) продолжительность действия инсулина

**АНАЛОГИ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ МОЖНО ВВОДИТЬ**

- 1) только в передне-наружную поверхность бедер
- 2) в любые стандартные области для инъекций
- 3) только в нижний наружный квадрант ягодицы

4) только в верхний наружный квадрант ягодицы

**В КАКОМ ПРОЦЕНТЕ СЛУЧАЕВ В ДЕБЮТЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДИАБЕТА СИМПТОМЫ: ПОЛИУРИЯ, ПОЛИДИПСИЯ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА В СОЧЕТАНИИ С ГЛЮКОЗУРИЕЙ И КЕТОНУРИЕЙ?**

- 1) 90%
- 2) 50%
- 3) 30%
- 4) 70%

**ДИАГНОЗ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА» У ДЕТЕЙ СОМНИТЕЛЕН ПРИ**

- 1) наличию сопутствующего аутоиммунного заболевания
- 2) высоком уровне базального и стимулированного инсулина и С-пептида
- 3) положительном титре панкреатических аутоантител
- 4) наличию hla-гаплотипов высокого риска развития сахарного диабета 1 типа

**СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ РЕТИНОПАТИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ \_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТАМ С СД 1 ТИПА, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА 11 ЛЕТ, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ 2 ЛЕТ**

- 1) 1 раз в два года
- 2) ежегодно
- 3) 1 раз в 5 лет
- 4) 2 раза в год

**РЕГИДРАТАЦИЮ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НАЧИНАЮТ С ВВЕДЕНИЯ \_\_\_\_\_ РАСТВОРА (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) глюкозы; 5
- 2) натрия хлорида; 10
- 3) натрия хлорида; 0,9
- 4) натрия хлорида; 0,45

**ПРИМЕРОМ БАЗИСНО-БОЛЮСНОГО РЕЖИМА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) аспарт+лизпро
- 2) гларгин+детемир
- 3) аспарт+глулизин
- 4) глулизин+гларгин

**СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА С АТРОФИЕЙ ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА, НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ И НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) DIDMOAD-синдрома
- 2) MODY 2
- 3) липоатрофического диабета
- 4) синдрома Альстрема

## **ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПОТРЕБНОСТЬ КЛЕТОК В ГЛЮКОЗЕ**

- 1) возрастает
- 2) снижается
- 3) остается без изменений
- 4) полностью отсутствует

## **ПОМПА С ТЕХНОЛОГИЕЙ «ЗАКРЫТАЯ ПЕТЛЯ» ОЗНАЧАЕТ**

- 1) инсулин подается в автоматическом режиме в зависимости от текущего уровня гликемии
- 2) инсулин подается в полуавтоматическом режиме
- 3) имплантируемую помпу
- 4) беспроводную помпу

## **ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНА АСПАРТ НА ЛИЗПРО ДОЗУ ИНСУЛИНА ОБЫЧНО**

- 1) не изменяют
- 2) уменьшают на 10%
- 3) увеличивают на 10%
- 4) уменьшают на 20%

## **ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА РАЗРУШЕНИЕ В-КЛЕТОК ПРОХОДИТ НЕСКОЛЬКО СТАДИЙ: ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ, РАЗВИТИЕ АКТИВНОГО АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА, СНИЖЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА В ПЕРВУЮ ФАЗУ, НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ**

- 1) полная деструкция  $\beta$ -клеток
- 2) снижение секреции инсулина во вторую фазу
- 3) появление аутоантител к  $\beta$ -клеткам
- 4) клиническая манифестация

## **ОДНА ХЛЕБНАЯ ЕДИНИЦА СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_ ГРАММАМ УГЛЕВОДОВ**

- 1) 10-12
- 2) 16-18
- 3) 7-9
- 4) 13-15

## **КАЛЬКУЛЯТОР БОЛЮСА НЕОБХОДИМ ДЛЯ**

- 1) выбора продолжительности и скорости болюсного введения
- 2) расчёта количества хлебных единиц в принятой пище
- 3) расчёта дозы инсулина на еду и/или коррекцию гликемии
- 4) выполнения простых математических вычислений

## **АКТИВНЫЙ ИНСУЛИН ОЗНАЧАЕТ КОЛИЧЕСТВО**

- 1) инсулина, введенное на коррекцию гликемии.
- 2) собственной эндогенной секреции инсулина
- 3) инсулина, введенное на прием пищи

4) инсулина введенное при предыдущем болюсном введении и еще циркулирующее в крови

**ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ПОДАЧИ ИНСУЛИНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЯГКОГО КАТЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) перегиб катетера
- 2) воспаление в месте установки
- 3) выход катетера из-под кожи
- 4) попадание крови в катетер

**СОЧЕТАНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЭКЗОКРИННОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) iDEND-синдрома
- 2) синдрома Берардинелли-Сейпа
- 3) DEND-синдрома
- 4) агенезии поджелудочной железы

**ПРИМЕРОМ БАЗИСНО-БОЛЮСНОГО РЕЖИМА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) лизпро+детемир
- 2) аспарт+глулизин
- 3) аспарт+лизпро
- 4) гларгин+детемир

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 6 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 7,5
- 2) 7,0
- 3) 8,5
- 4) 8,0

**ДЕТЕМИР В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ВВОДИТСЯ \_\_\_\_ РАЗ/РАЗА В СУТКИ**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

**УЧИТЫВАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, НЕ МОГУТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗАНЯТИЯ**

- 1) футболом
- 2) скалолазанием
- 3) плаванием
- 4) теннисом

**ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛЮКОЗЫ**

- 1) допускается не контролировать уровень HbA1c

- 2) отсутствует необходимость в традиционном самоконтроле
- 3) сохраняется необходимость в традиционном самоконтроле
- 4) допускается контролировать глюкозу только в моче

**ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ MODY2 ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В**

- 1) месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 2 года

**ЧАСТОТА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА ПРИ НАЛИЧИИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_ РАЗ/РАЗА В ГОД**

- 1) 3
- 2) 6
- 3) 1
- 4) 2

**ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ КЕТОНОВ В КРОВИ ПО СРАВНЕНИЮ С МОЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬШАЯ \_\_\_\_\_ МЕТОДА**

- 1) доступность
- 2) точность
- 3) инвазивность
- 4) дешевизна

**СРЕДИ ВСЕХ СЛУЧАЕВ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ НА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА ПРИХОДИТСЯ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 50
- 2) 70
- 3) 90
- 4) 60

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**

- 1) назначить препараты сульфонилмочевины
- 2) определить уровень базального инсулина
- 3) провести глюкозотолерантный тест
- 4) определить уровень глюкозы в крови натощак

**ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО**

- 1) редкое выявление сопутствующих заболеваний
- 2) частое развитие гипогликемии на фоне лечения
- 3) позднее развитие специфических осложнений заболевания
- 4) выявление с подросткового возраста

## **НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ЖАЛОБАМИ НА**

- 1) снижение темпов роста
- 2) потерю веса, появление дерматита в паховых складках
- 3) избыточную массу тела
- 4) перераспределение подкожной жировой ткани по кушингоидному типу

## **НЕПРЕРЫВНЫЙ МОНИТОРИНГ ГЛЮКОЗЫ В «РЕАЛЬНОМ» ВРЕМЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) необходимостью подключения ресивера к ПК для доступа к показателям глюкозы
- 2) необходимостью проводного подключения трансмиттера к ресиверу
- 3) отсутствием доступа к текущим показателям глюкозы без подключения к ПК
- 4) возможностью видеть автоматически обновляемую информацию о показателях глюкозы

## **КОЛИЧЕСТВО ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ 75 Г И ВЫЧИСЛЯЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА РЕБЕНКА**

- 1) 0,75 г
- 2) 1,75 г
- 3) 0,5 г
- 4) 1,0 г

## **ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ, НАЛИЧИЕ ЗНАЧИМОГО ПОВЫШЕНИЯ КЕТОНОВ В КРОВИ ГОВОРIT О**

- 1) высоком факторе чувствительности к инсулину
- 2) низкой базальной скорости
- 3) низком углеводном коэффициенте
- 4) нарушении подачи инсулина

## **ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТОМ ПРОВОДИТСЯ**

- 1) специальными препаратами для применения у детей с диабетом
- 2) только по специальным рекомендациям для детей с диабетом
- 3) как у детей без сахарного диабета
- 4) с обязательным использованием антибиотиков вне зависимости от вида заболевания

## **УЧИТЫВАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, ЗАНЯТИЯ ФУТБОЛОМ МОГУТ БЫТЬ**

- 1) рекомендованы только после 18 лет
- 2) рекомендованы без ограничений
- 3) рекомендованы при условии выполнения правил самоконтроля
- 4) категорически не рекомендованы

## **ЗАМЕДЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТА С**

## **ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ УКАЗЫВАЕТ НА РАЗВИТИЕ**

- 1) лактат-ацидоза
- 2) инфаркта миокарда
- 3) отека головного мозга
- 4) гипотиреоза

## **ДОКЛИНИЧЕСКУЮ СТАДИЮ СД 1 ТИПА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) повышенного титра нескольких видов антител к  $\beta$ -клеткам
- 2) повышенного титра одного вида антител к  $\beta$ -клеткам
- 3) сниженного уровня натощак С-пептида (ниже базальных значений)
- 4) сниженного уровня натощак инсулина (ниже базальных значений)

## **АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ \_\_\_\_\_ ТИПА**

- 1) MODY 6
- 2) второго
- 3) первого
- 4) LADA

## **ВВЕДЕНИЕ БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ**

- 1) предотвращения гипергликемии после употребления углеводов
- 2) коррекции показателей глюкозы в крови до целевых значений
- 3) поддержания показателей глюкозы в крови в целевом диапазоне
- 4) поддержания стабильных показателей гликемии натощак

## **НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ (УГЛЕВОДАМ) СТАВИТСЯ ПРИ ГЛИКЕМИИ \_\_\_\_\_ ММОЛЬ/Л ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ**

- 1) ниже 5,5
- 2) 6,1-7,5
- 3) 7,8-11,1
- 4) 5,5-6,0

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НАРУШЕННОЙ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ НАТОЩАК**

- 1) 5,0-5,5
- 2) 5,6-6,9
- 3) 6,1-7,0
- 4) 5,0-6,1

## **СИСТЕМА ФЛЭШ-МОНИТОРИНГА РЕКОМЕНДУЕТСЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ОТ (В ГОДАХ)**

- 1) 3
- 2) 1

3) 5

4) 4

### **СУПЕРБОЛЮС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) комбинированным (однократно и растянуто) введением инсулина
- 2) постепенным введением болюсной дозы в течение заданного времени
- 3) однократным введением всей болюсной дозы за минимальное время
- 4) введением части базального инсулина в виде дополнительного болюсного инсулина

### **ИЗМЕНЕНИЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- 1) крупными ретинальными гемorragиями, множеством экссудатов
- 2) неоваскуляризацией диска зрительного нерва
- 3) неоваскуляризацией передней камеры глаза
- 4) единичными микроаневризмами, мелкими интравитреальными кровоизлияниями

### **ДЛИТЕЛЬНАЯ АЭРОБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА**

- 1) может привести к снижению гликемии
- 2) может привести к повышению гликемии
- 3) не может повлиять на уровень гликемии
- 4) может привести к развитию кетоза

### **БАЗАЛЬНЫЙ РЕЖИМ РАБОТЫ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) непрерывной подачей малых доз инсулина
- 2) подачей больших доз инсулина для коррекции гипергликемии
- 3) подачей больших доз инсулина на приемы пищи
- 4) подачей малых доз инсулина для коррекции гипергликемии

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАРЕЗА III И IV ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ У ПАЦИЕНТА С ДКА УКАЗЫВАЮТ НА РАЗВИТИЕ**

- 1) лактат-ацидоза
- 2) менингита
- 3) рабдомиолиза
- 4) отека головного мозга

### **К ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ МОЖНО ОТНЕСТИ ТАКОЕ ПОРАЖЕНИЯ КАК**

- 1) диабетическая ретинопатия
- 2) диабетическая нефропатия
- 3) липоидный некробиоз с локализацией на нижних конечностях
- 4) ишемическая болезнь сердца

### **ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ,**

### **СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ГИПЕРТЕРМИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) повышенный уровень гормонов стресса
- 2) повышенное потребление сладких напитков
- 3) снижение клеточного и гуморального иммунитета
- 4) повышение уровня кетонов в крови и моче

### **ИНСУЛИТ В В-КЛЕТКАХ ПРИ РАЗВИТИИ СД1 ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- 1) появлением Т-активированных лимфоцитов
- 2) появлением противовирусных антител класса IgA, IgM
- 3) появлением вирусных бактериофагов
- 4) появлением большого количества лейкоцитов и нейтрофилов

### **ИНСУЛИНЗАВИСИМЫЙ ДИАБЕТ МОЖЕТ БЫТЬ КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА**

- 1) Барде-Бидля
- 2) Прадера-Вилли
- 3) Альстрема
- 4) DIDMOAD

### **УСТАНОВКА ВРЕМЕННОЙ БАЗАЛЬНОЙ СКОРОСТИ 130% ПРИВЕДЕТ К \_\_\_\_\_ СКОРОСТИ ПОДАЧИ БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА НА (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) увеличению; 130
- 2) снижению; 30
- 3) увеличению; 30
- 4) снижению; 130

### **ФАКТОР ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ ОЗНАЧАЕТ**

- 1) насколько снижается уровень гликемии при введении 1 единицы инсулина
- 2) количество инсулина, необходимое для усвоения 1 ХЕ или 10-12 грамм углеводов
- 3) количество ХЕ, необходимых пациенту на основные приемы пищи
- 4) количество инсулина, необходимое для снижения гликемии на 10 ммоль

### **АППАРАТ CARE LINK ИСПОЛЬЗУЮТ КАК**

- 1) устройство для передачи данных с помпы в компьютер.
- 2) трансмиттер для передачи данных с сенсора на помпу
- 3) пульт для связи с помпой
- 4) сенсор для измерения уровня глюкозы в межклеточной жидкости

### **ПОД БАЗАЛЬНЫМ ПРОФИЛЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ПОНИМАЮТ**

- 1) одномоментное введение инсулина на прием пищи
- 2) количество инсулина, подаваемого помпой в базальном режиме за один час
- 3) почасовую схему введения инсулина в базальном режиме за сутки
- 4) максимальную скорость введения инсулина в базальном режиме

### **СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД), СНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА,**

**ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК С ОТСУТСТВИЕМ ПОВЫШЕНИЯ ТИТРА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ (GADa, IA-2, ICA, ZnTh8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) СД 1 типа
- 2) СД 2 типа
- 3) MODY 2
- 4) MODY 5

**СКРИНИНГ НА МИКРОАНГИОПАТИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ**

- 1) при достижении ребенком возраста 12 лет
- 2) при длительности заболевания 3 года и более
- 3) через год после установки диагноза
- 4) сразу после постановки диагноза

**ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY5 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, АНОМАЛИЙ СТРОЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК/ЖЕНЩИН И**

- 1) аномалии развития костей черепа
- 2) поликистоза почек
- 3) атрофии дисков зрительного нерва
- 4) врожденных пороков сердца

**ЦЕЛЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) достижение физиологического уровня углеводного обмена
- 2) достижение максимально близкого к нормальному состоянию показателей углеводного обмена
- 3) предупреждение глюкозурии
- 4) поддержание показателей гликемии в диапазоне 3,5-5,5 ммоль/л

**ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY5 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И**

- 1) ранней протеинурии
- 2) глюкозурии
- 3) гипокальциемии
- 4) гиперфосфатемии

**ВЫБОР СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ**

- 1) уровня глюкозурии
- 2) возраста пациента
- 3) уровня гликемии
- 4) степени ожирения

**К УРГЕНТНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ**

- 1) постепенное снижение массы тела
- 2) запах ацетона изо рта

- 3) фебрильная температура тела
- 4) инфекция кожных покровов

**ПРИ НАЛИЧИИ ЗНАЧИМОГО ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ КЕТОНОВ В КРОВИ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ, ПАЦИЕНТУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНАЧАЛА**

- 1) ввести инсулин инсулиновой помпой
- 2) перейти полностью на инсулинотерапию путем множественных инъекций
- 3) ввести инсулин шприц-ручкой
- 4) обратиться за медицинской помощью

**ПРОГНОЗ В ОТНОШЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО СРАВНЕНИЮ С СОВРЕМЕННИКАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

- 1) не определен
- 2) лучше
- 3) хуже
- 4) сопоставим

**РАЗРЕШЕННЫМ К ПРИМЕНЕНИЮ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) метформин
- 2) глибенкламид
- 3) гликлазид
- 4) лираглутид

**УПЛОЩЕНИЕ И ИНВЕРСИЯ Т-ЗУБЦА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТА С ДКА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ**

- 1) гиперфосфатемии
- 2) гиперкалиемии
- 3) гипокалиемии
- 4) гипофосфатемии

**УЧИТЫВАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, НЕ МОГУТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНЫ ЗАНЯТИЯ**

- 1) футболом
- 2) плаванием
- 3) теннисом
- 4) подводным плаванием

**СНИЖЕННАЯ СЕКРЕЦИЯ ИНСУЛИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА \_\_\_\_\_ ТИПА**

- 1) MODY 1
- 2) второго
- 3) липоатрофического
- 4) MODY 2

## **НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ПРИЕМОМ ПИЩИ ВВОДЯТ ИНСУЛИН**

- 1) глулизин
- 2) гларгин
- 3) детемир
- 4) хумулин НПХ

## **ВРЕМЕННАЯ БАЗАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) временным выбором отличного от текущего базального профиля
- 2) временным прекращением введения инсулина помпой
- 3) изменением базального профиля в определенные часы
- 4) изменением базальной скорости на заданное время

## **ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНА ЛИЗПРО НА ГЛУЛИЗИН ДОЗУ ИНСУЛИНА ОБЫЧНО**

- 1) уменьшают на 10%
- 2) не изменяют
- 3) уменьшают на 20%
- 4) увеличивают на 10%

## **СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ИЗМЕРЯЕТ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В**

- 1) сыворотке
- 2) капиллярной крови
- 3) плазме
- 4) межклеточной жидкости

## **УЧИТЫВАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, ЗАНЯТИЯ ТЕННИСОМ МОГУТ БЫТЬ**

- 1) категорически не рекомендованы
- 2) рекомендованы только после 18 лет
- 3) рекомендованы без ограничений
- 4) рекомендованы при условии выполнения правил самоконтроля

## **ОГРАНИЧЕНИЕМ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПЕРЕВОДЕ НА ПОМПОВУЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ МОГУТ БЫТЬ**

- 1) возраст ребенка до года
- 2) недостаточный уровень знания в вопросах диабета
- 3) частые гипогликемии
- 4) высокая потребность в инсулине

## **С СИСТЕМЫ ФЛЭШ-МОНИТОРИНГА НА КОМПЬЮТЕР МОЖНО СКАЧАТЬ ДАННЫЕ ОБ ИЗМЕРЕНИЯХ ЗА ПОСЛЕДНИЕ \_\_\_ ДНЕЙ**

- 1) 30
- 2) 45
- 3) 90

4) 180

**ГИПЕРГЛИКЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- 1) акромегалии
- 2) надпочечниковой недостаточности
- 3) гипотиреозе
- 4) врожденной дисфункции коры надпочечников

**К УРГЕНТНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ**

- 1) многократная рвота
- 2) постепенное снижение массы тела
- 3) инфекция кожных покровов
- 4) фебрильная температура тела

**ПРИМЕРОМ БАЗИСНО-БОЛЮСНОГО РЕЖИМА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) аспарт+лизпро
- 2) гларгин+детемир
- 3) аспарт+глулизин
- 4) лизпро+гларгин

**СЕКРЕЦИЯ ИНСУЛИНА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИП MODY 3**

- 1) нормальная
- 2) снижена
- 3) отсроченная
- 4) повышена

**ФЛЕШ-МОНИТОРИНГ ГЛЮКОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) отсутствием доступа к текущим показателям глюкозы без подключения к ПК
- 2) возможностью видеть автоматически обновляемую информацию о показателях глюкозы
- 3) необходимостью периодического сканирования для получения информации об уровне глюкозы
- 4) необходимостью проведения калибровки

**ПРИМЕРОМ БАЗИСНО-БОЛЮСНОГО РЕЖИМА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) аспарт+глулизин
- 2) аспарт+гларгин
- 3) гларгин+детемир
- 4) аспарт+лизпро

**ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ 6 ДО 12 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 7,5
- 2) 7,0
- 3) 8,5

4) 8,0

**ПОЯВЛЕНИЕ КЕТОНУРИИ У РЕБЕНКА С КОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕНО \_\_\_\_\_ В РАЦИОНЕ**

- 1) дефицитом белка
- 2) избытком углеводов
- 3) дефицитом углеводов
- 4) дефицитом жиров

**СКРИНИНГ НА ДИАБЕТИЧЕСКУЮ НЕФРОПАТИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СД 1 ТИПА, НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА 11 ЛЕТ, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ (В ГОДАХ)**

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 7
- 4) 5

**КРАТКОВРЕМЕННАЯ АНАЭРОБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА**

- 1) может привести к повышению гликемии
- 2) может привести к снижению гликемии
- 3) не может повлиять на уровень гликемии
- 4) может привести к развитию кетоза

**АНАЛОГОМ ИНСУЛИНА ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) детемир
- 2) аспарт
- 3) глулизин
- 4) лизпро

**ПЕРЕД КОРОТКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ПРИ ГЛИКЕМИИ 4,5-5,0 ММОЛЬ/Л НЕОБХОДИМО СЪЕСТЬ**

- 1) дополнительные ХЕ не требуются
- 2) 70-90 г белковых продуктов и проконтролировать уровень гликемии через 1 час
- 3) 3-4 ХЕ и проконтролировать уровень гликемии через 1 час
- 4) 1-2 ХЕ и проконтролировать уровень гликемии через 1 час

**ДЕТИ С ХОРОШИМ КОНТРОЛЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОДВЕРЖЕНЫ РАЗЛИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ БЕЗ ДИАБЕТА**

- 1) в значительной степени чаще
- 2) в той же мере
- 3) реже, но с более длительным периодом реконвалесценции
- 4) чаще и гораздо в более тяжелой форме

**ИНСУЛИНОВЫЙ ШПРИЦ ДОПУСКАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ \_\_\_\_\_ РАЗ**

- 1) 10

- 2) 5
- 3) 1
- 4) 6

**ИНСУЛИНОВЫЕ ШПРИЦ-РУЧКИ С ЗАПОЛНЕННЫМИ ИНСУЛИНОМ КАРТРИДЖАМИ ПОЗВОЛЯЮТ ИЗМЕНЯТЬ ДОЗУ ИНСУЛИНА ШАГОМ В \_\_\_\_ ЕД**

- 1) 2-3
- 2) 1-1,5
- 3) 0,5-1
- 4) 1,5-2

**ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY5 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И**

- 1) атрофии дисков зрительного нерва
- 2) аномалии развития костей черепа
- 3) поликистоза почек
- 4) врожденных пороков сердца

**УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ТЕЧЕНИЕ**

- 1) всего периода заболевания
- 2) трех последних недель
- 3) трех последних месяцев
- 4) 6 месяцев до измерения

**Половое развитие**

[Вернуться в начало](#)

**УКАЗАНИЕ В АНАМНЕЗЕ НА ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ОТЕК КИСТЕЙ И СТОП В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ С ГИПОГОНАДИЗМОМ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У НЕЕ СИНДРОМ**

- 1) Аллана-Херндона-Дадли
- 2) Шерешевского-Тернера
- 3) Золлингера-Эллисона
- 4) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева

**ПРОБА С ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА БОЛЕЕ**

- 1) чем в 5 раз
- 2) 1,2 нмоль/л
- 3) 3,5 нмоль/л
- 4) 10 нмоль/л

**ВЫСОКИЕ УРОВНИ ГОНАДОТРОПИНОВ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА В КРОВИ**

## **ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ**

- 1) Иценко-Кушинга
- 2) Беквита-Видемана
- 3) Гиппеля-Линдау
- 4) Клайнфельтера

## **ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ЛЕПТИНА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**

- 1) преждевременного гонадотропиннезависимого полового развития
- 2) преждевременного гонадотропинзависимого полового развития
- 3) гипергонадотропного гипогонадизма
- 4) гипогонадотропного гипогонадизма

## **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ АНАЛОГИ ГНРГ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ВВОДЯТ**

- 1) подкожно и перорально
- 2) внутримышечно и внутривенно
- 3) внутривенно и подкожно
- 4) внутримышечно и подкожно

## **ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) первичным поражением гонад
- 2) снижением секреции гипоталамических гормонов
- 3) повреждением гипофизарной области
- 4) врожденной гипоплазией надпочечников

## **ПРИ СИНДРОМЕ «НЕ ПАЛЬПИРУЕМЫХ ЯИЧЕК» ИССЛЕДОВАНИЕ \_\_\_\_\_ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИХ НАЛИЧИЕ**

- 1) АМГ
- 2) ФСГ
- 3) пролактин
- 4) 17-ОН-прогестерона

## **В КЛЕТКАХ ГРАНУЛЕЗЫ (ЗЕРНИСТОЙ ТКАНИ) Фолликула локализована**

- 1) ароматаза
- 2) 17-альфа-гидроксилаза
- 3) антимюллеровый гормон
- 4) фактор роста фибробластов

## **НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОГОНАДИЗМА У МАЛЬЧИКОВ С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) анорхизм
- 2) головчатая форма гипоспадии
- 3) стволовая форма гипоспадии
- 4) крипторхизм

**ПРИ ОБЪЕМЕ ТЕСТИКУЛ МЕНЕЕ 4 МЛ И НАЛИЧИИ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ  
ГОНАДОТРОПИНОВ В КРОВИ У МАЛЬЧИКА 14-ТИ ЛЕТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) пробы с аналогами ГнРГ
- 2) кариотипирования
- 3) КТ головного мозга
- 4) УЗИ надпочечников

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА  
ПРИ СИНДРОМЕ ВАН-ВИКА-ГРОМБАХА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ**

- 1) свободная жидкость
- 2) увеличенная в размерах матка
- 3) крупнокистозные яичники
- 4) утолщение эндометрия

**В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ДИГИДРОТЕСТОСТЕРОН ОТВЕЧАЕТ ЗА**

- 1) рост кавернозных тел
- 2) развитие мышечной массы
- 3) объем костной массы
- 4) синтез гемоглобина

**ДО НАЧАЛА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ  
ЛАПАРОСКОПИИ С УДАЛЕНИЕМ ГОНАД ВСЕМ ДЕВОЧКАМ С КАРИОТИПОМ**

- 1) 45X/X der X
- 2) 45X/46XU
- 3) 45X/46XX
- 4) 45X/46Xi(Xq)

**ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АНАЛОГАМИ ГНРГ БУДУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ**

- 1) ускорение темпов роста
- 2) повышенное потоотделение
- 3) повышенная сальность волос
- 4) регресс вторичных половых признаков

**ФОРМИРОВАНИЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПО МУЖСКОМУ ТИПУ  
ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ**

- 1) андростендиона
- 2) дигидротестостерона
- 3) прегненолона
- 4) 17-гидроксипрегненолона

**В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ИСТИННЫМ ППР ДЛЯ ДЕВОЧЕК С ИЗОЛИРОВАННЫМ  
ТЕЛАРХЕ ХАРАКТЕРНО**

- 1) повышение уровня пролактина
- 2) повышение ответа ЛГ на стимуляцию ГнРГ
- 3) значительное повышение ФСГ при низком значении ЛГ

4) выраженное повышение уровня эстрадиола

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ В ПОЛЬЗУ ГОНАДОТРОПИННЕЗАВИСИМОГО ППР СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

- 1) отсутствие повышения половых стероидов
- 2) уровень ЛГ менее 6 Ед/л
- 3) уровень ФСГ менее 10 Ед/л
- 4) уровень ЛГ более 10 Ед/л

**НАЛИЧИЕ ГЕНА SRY У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46,XX ПРИВОДИТ К**

- 1) персистенции мюллеровых протоков
- 2) трансформации первичной гонады в тестикул
- 3) дефектам биосинтеза тестостерона
- 4) регрессу вольфовых протоков

**ДЕФЕКТ АРОМАТАЗЫ У ДЕВОЧЕК БУДЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ**

- 1) преждевременным половым развитием
- 2) гетеросексуальным половым развитием
- 3) наличием правильно развитых тестикул
- 4) отсутствием дериватов мюллеровых протоков

**ПРИ ДЕФИЦИТЕ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ НАРУШАЕТСЯ КОНВЕРСИЯ**

- 1) андростендиона в тестостерон
- 2) 17-гидроксипрогестерона в кортизол
- 3) тестостерона в эстрогены
- 4) тестостерона в дигидротестостерон

**НА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ РЕНТГЕНОГРАММЫ КИСТИ И Л/З СУСТАВА РЕБЕНКА СО СТАНДАРТАМИ АТЛАСА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ «RADIOGRAPHIC ATLAS OF SKELETAL DEVELOPMENT OF THE HAND AND WRIST» ОСНОВАН МЕТОД ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ КОСТНОГО СОЗРЕВАНИЯ ПО**

- 1) J. Tanner
- 2) Tanner-Whitehouse
- 3) Greulich and Pyle
- 4) Bayley-Pinneau

**ТРЕТИЙ ЭТАП ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПОЛА В ПЕРИОД ЭМБРИОГЕНЕЗА ОГРАНИЧЕН (В НЕДЕЛЯХ)**

- 1) 1-7
- 2) 12-14
- 3) 14-21
- 4) 7-10

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гирсутизм

- 2) гинекомастия
- 3) ожирение
- 4) гиперпигментация

### **НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИРСУТИЗМА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) андрогенпродуцирующая опухоль яичника
- 2) андрогенпродуцирующая опухоль надпочечника
- 3) прием лекарственных препаратов
- 4) формирующийся синдром поликистозных яичников

### **ДЕФЕКТ СЕКРЕЦИИ АНТИМЮЛЛЕРОВА ФАКТОРА У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46XY ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ**

- 1) макроорхидизма
- 2) врожденной гинекомастии
- 3) матки и фоллопиевых труб
- 4) изолированного адренархе

### **К ПРИОБРЕТЕННОЙ ФОРМЕ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ**

- 1) орхит
- 2) псевдогипопаратиреоз типа 1А
- 3) липоидную гиперплазию коры надпочечников
- 4) X-сцепленную врожденную гипоплазию надпочечников

### **С МОМЕНТА НАЧАЛА ПУБЕРТАТА ДО НАСТУПЛЕНИЯ ПЕРВЫХ МЕНСТРУАЦИЙ В СРЕДНЕМ ПРОХОДИТ**

- 1) 2 года
- 2) 6 месяцев
- 3) 3 года
- 4) 5 лет

### **СИНДРОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

- 1) нарушения конверсии тестостерона в эстрогены
- 2) дефицита тестостерона
- 3) нечувствительности тканей - мишеней к андрогенам
- 4) избытка эстрогенов

### **ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА-5 АЛЬФА РЕДУКТАЗЫ В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ПРОИСХОДИТ**

- 1) увеличение молочных желез
- 2) маскулинизация
- 3) регрессия тестикул
- 4) менархе

### **ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ТЕЛАРХЕ ХАРАКТЕРНО**

- 1) дифференцировка матки на тело и шейку

- 2) изолированное увеличение молочных желез
- 3) прогрессирующее ускорение костного возраста
- 4) изолированное развитие вторичного оволосения

**СОЗРЕВАНИЕ КЛЕТОК СЕРТОЛИ И РЕГУЛЯЦИЮ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ОПОСРЕДУЕТ**

- 1) лютеинизирующий гормон
- 2) фолликулостимулирующий гормон
- 3) глюкокортикоиды
- 4) дигидротестостерон

**К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ТКАНЕЙ-МИШЕНЕЙ К ДЕЙСТВИЮ ГОРМОНОВ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) синдром Клайнфельтера
- 2) дефект рецептора к ЛГ
- 3) дефицит ароматазы
- 4) избыток ароматазы

**ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ГИПОГОНАДИЗМА В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ НАЗНАЧЕНИИ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НЕ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ С СИНДРОМОМ**

- 1) Шерешевского – Тернера
- 2) пангипопитуитаризма
- 3) Клайнфельтера
- 4) Иценко – Кушинга

**ПРИ ОТСУТСТВИИ У ДЕВОЧКИ 13-ТИ ЛЕТ РОСТА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И НАЛИЧИИ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ ГОНАДОТРОПИНОВ В КРОВИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) КТ головного мозга
- 2) пробы с аналогами ГнРГ
- 3) кариотипирования
- 4) УЗИ молочных желез

**ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ТЕСТОТОКСИКОЗЕ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) активацией рецептора ЛГ
- 2) активацией гонадной оси
- 3) автономной секрецией опухолью
- 4) гиперсекрецией ФСГ

**ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) увеличение объема тестикул
- 2) нормализация уровней гонадотропинов
- 3) восстановление репродуктивного потенциала
- 4) устранение андрогенного дефицита

**ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ГЕНА SRY У ДЕВОЧКИ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-**

### **ТЕРНЕРА ТРЕБУЕТСЯ**

- 1) назначение препаратов эстрадиола
- 2) проведение гонадэктомии
- 3) назначение препаратов с прогестероном
- 4) назначение оральных контрацептивов

### **ПАЦИЕНТКЕ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В ЖЕНСКОМ ПАСПОРТНОМ ПОЛЕ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД 46 ХУ, СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ГОНАДЭКТОМИИ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ**

- 1) хорионическим гонадотропином
- 2) эстрогенами
- 3) тестостероном
- 4) блокаторами ароматазы

### **ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С АНАЛОГАМИ ГН-РГ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- 1) бусерелин пролонгированного действия
- 2) хорионический гонадотропин
- 3) диферелин пролонгированного действия
- 4) диферелин короткого действия

### **ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ОБУСЛОВЛЕНА**

- 1) резистентностью к гонадотропинам
- 2) транслокацией гена SRY с Y-хромосомы на X
- 3) наличием дополнительной X-хромосомы
- 4) моносомией по X-хромосоме

### **ВТОРОЙ ЭТАП ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПОЛА В ПЕРИОД ЭМБРИОГЕНЕЗА ОГРАНИЧЕН (В НЕДЕЛЯХ)**

- 1) 1-7
- 2) 7-10
- 3) 14-21
- 4) 9-14

### **ОПУХОЛИ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ, ГОНАДНОЙ И ЭКСТРАГОНАДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, СЕКРЕТИРУЮЩИЕ ХОРИОНИЧЕСКИЙ ГОНАДОТРОПИН ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ**

- 1) преждевременного адренархе
- 2) преждевременное телархе
- 3) гонадотропинзависимого ППР
- 4) гонадотропиннезависимого ППР

### **ПЕРВЫЙ ЭТАП ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ**

- 1) анрогенизацией наружных гениталий
- 2) дифференцированных тестикул
- 3) недифференцированных первичных гонад

4) дифференцированных яичников

**ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА (45 X) ХАРАКТЕРНО**

- 1) нарушение структуры половой хромосомы
- 2) наличие добавочной «X» хромосомы
- 3) наличие аберрации половых хромосом
- 4) отсутствие одной половой хромосомы

**К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ТКАНЕЙ-МИШЕНЕЙ К ДЕЙСТВИЮ ГОРМОНОВ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) дефицит ароматазы
- 2) синдром Клайнфельтера
- 3) синдром резистентности к андрогенам
- 4) дефицит Star протеина

**КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В**

- 1) 28 дней
- 2) 8 недель
- 3) 12 недель
- 4) 6 месяцев

**ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ДЕВОЧКИ СТАРШЕ 13 ЛЕТ НАЗЫВАЮТ**

- 1) тиреотоксикозом
- 2) гипопаратиреозом
- 3) гипогонадизмом
- 4) гиперальдостеронизмом

**ЗАПОДОЗРИТЬ СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ У НЕЁ**

- 1) задержки роста и первичного гипогонадизма
- 2) выраженной гипотонии и акромикрии конечностей
- 3) задержки роста и множественных кальцинатов кожи
- 4) гидроцефалии и укорочения конечностей

**У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ПРИВОДИТ К**

- 1) диспропорциональному телосложению
- 2) раннему закрытию зон роста
- 3) достижению целевого роста
- 4) развитию остеопороза

**ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ**

- 1) эстрогенов
- 2) прогестерона
- 3) тестостерона
- 4) гонадотропинов

#### **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АНАЛОГАМИ ГН-РГ ИССЛЕДУЮТ УРОВНИ**

- 1) кортикотропина
- 2) пролактина
- 3) тиреотропина
- 4) гонадотропинов

#### **У ДЕВОЧЕК С ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНЫМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ**

- 1) 17-гидроксипрогестерон
- 2) 11-дезоксикортизола
- 3) активности ренина плазмы
- 4) дегидроэпиандростерона сульфата

#### **СИНДРОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ ОБУСЛОВЛЕН МУТАЦИЕЙ**

- 1) гена, фермента 21- гидроксилазы
- 2) гена стероидогенного фактора 1
- 3) фактора опухоли Вильмса
- 4) рецептора к андрогенам

#### **ОБЪЕМ ЯИЧЕК МЕНЕЕ 4 МЛ У МАЛЬЧИКА С ПРИЗНАКАМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ УКАЗЫВАЕТ НА**

- 1) преждевременное адренархе
- 2) гонадотропиннезависимое ППР
- 3) идиопатическое ППР
- 4) гонадотропинзависимое ППР

#### **ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ ПРИ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ГИПОГОНАДИЗМА У ПОДРОСТКОВ СПОСОБСТВУЮТ**

- 1) повышению шансов на восстановление репродуктивной функции
- 2) имитации темпов развития полового созревания
- 3) быстрому закрытию зон роста
- 4) минимизации побочных эффектов от терапии

#### **ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМ ВАН-ВИКА-ГРОМБАХА У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) преждевременное адренархе
- 2) двусторонняя гинекомастия
- 3) увеличение размеров полового члена
- 4) макроорхизм без андрогенизации

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ПЕРЕХОД ОТ МОНОТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ К ЦИКЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ**

- 1) 6 месяцев
- 2) 3-4 года
- 3) 3 месяца
- 4) 1-2 года

**В РОЛИ ИНГИБИТОРА РАЗВИТИЯ Фолликулов выстУПАЕТ**

- 1) эстрадиол
- 2) ароматаза
- 3) антимюллеровый гормон
- 4) ингибин В

**ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЬМАНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) аносмия
- 2) гипертелоризм сосков
- 3) брахидактилия
- 4) выраженная низкорослость

**ПРЕВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФСГ НАД ЛГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ НАЛИЧИЕ У РЕБЕНКА**

- 1) истинного гонадотропинзависимого ППР
- 2) изолированного телархе
- 3) врожденную дисфункцию коры надпочечников
- 4) гонадотропиннезависимого ППР

**ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПУБАРХЕ ХАРАКТЕРНО**

- 1) замедление темпов линейного роста
- 2) изолированное увеличение молочных желез
- 3) изолированное развитие вторичного оволосения
- 4) увеличение объема тестикул/яичников

**КУРС ЛЕЧЕНИЯ ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА**

- 1) паховую ретенцию тестикул
- 2) перекрут яичка
- 3) синдром исчезнувших яичек
- 4) дисгенезию гонад

**ПРИ ДОКАЗАННОМ ГОНАДОТРОПИНЗАВИСИМОМ ХАРАКТЕРЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ ТЕРАПИЯ**

- 1) антиандрогенами/антиэстрогенами

- 2) блокаторами ароматазы
- 3) аналогами ГнРГ пролонгированного действия
- 4) глюкокортикоидами

**ПАЦИЕНТАМ С КАРИОТИПОМ 45X/46XY, ВОСПИТЫВАЮЩИМСЯ В ЖЕНСКОМ ПОЛЕ, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ**

- 1) двустороннюю орхипексию
- 2) двустороннюю гонадэктомию
- 3) маскулинизирующую пластику
- 4) удаление дериватов мюллеровых протоков

**ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) резистентностью к гонадотропинам
- 2) повышением секреции гипоталамических гормонов
- 3) нарушением закладки гонадотрофов
- 4) дефектом ферментов стероидогенеза

**УРОВЕНЬ АНДРОСТЕНДИОНА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ФОРМИРУЮЩИМСЯ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

- 1) в пределах нормы
- 2) значительно снижен
- 3) умеренно снижен
- 4) умеренно повышен

**ВОЗРАСТ НАЧАЛА ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК В НОРМЕ НАХОДИТСЯ В ДИАПАЗОНЕ (В ГОДАХ)**

- 1) 10-15
- 2) 11-16
- 3) 9-14
- 4) 8-13

**НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ГОНАДОТРОПИНЗАВИСИМОГО ППР ОБЛАДАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ:**

- 1) эстрадиола (Э2)
- 2) фолликулстимулирующего гормона (ФСГ)
- 3) лютеинизирующего гормона (ЛГ)
- 4) антимюллерова гормона (АМГ)

**ВОЗРАСТ НАЧАЛА ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ В НОРМЕ НАХОДИТСЯ В ДИАПАЗОНЕ (В ГОДАХ)**

- 1) 8-13
- 2) 9-14
- 3) 11-16
- 4) 10-15

## **У ПАЦИЕНТОВ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД ФЕРТИЛЬНОСТЬ**

- 1) отсутствует
- 2) сохранена
- 3) снижена
- 4) зависит от формы дисгенезии

## **ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ФАКТОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) регресс мюллеровых протоков
- 2) регресс вольфовых протоков
- 3) развитию мюллеровых протоков
- 4) повышение уровня тестостерона

## **ТРАНСДЕРМАЛЬНЫЕ ЭСТРОГЕНЫ В ВИДЕ ГЕЛЕЙ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГОНАДИЗМА У ДЕВОЧЕК, НАНОСЯТ НА**

- 1) слизистую оболочку преддверия влагалища
- 2) кожу молочных желез и ареол сосков
- 3) кожу нижней части передней стенки живота
- 4) область верхнего наружного квадранта ягодиц

## **ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛ ПЛОДА ДЕТЕРМИНИРОВАН**

- 1) набором половых хромосом
- 2) уровнем половых стероидов
- 3) активностью андрогеновых рецепторов
- 4) уровнем гонадотропинов

## **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ДИФЕРЕЛИНОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА**

- 1) 0,1 мг подкожно
- 2) 0,5 мг внутривенно
- 3) 1 мг подкожно
- 4) 10 мг подкожно

## **К ВРОЖДЕННОЙ ФОРМЕ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ**

- 1) синдром Кальмана
- 2) псевдогипопаратиреоз типа 1А
- 3) синдром Клайнфельтера
- 4) преждевременное истощение яичников

## **В СЛУЧАЕ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНЪЕКЦИИ ТРИПТОРЕЛИНА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В \_\_\_\_ СУТКИ/СУТОК В ДОЗЕ \_\_\_\_ МГ**

- 1) 24; 3,75
- 2) 21; 3,75
- 3) 30; 3,75
- 4) 14; 1,875

**ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПОЛА В ПЕРИОД ЭМБРИОГЕНЕЗА ОГРАНИЧЕН (В НЕДЕЛЯХ)**

- 1) 7-10
- 2) 1-7
- 3) 14-21
- 4) 9-14

**МЕТОДАМИ GREULICH AND PYLE (С ПОМОЩЬЮ АТЛАСА) И TANNER-WHITEHOUSE (TW20) ПРОВОДИТСЯ ОЦЕНКА**

- 1) полового развития
- 2) скелетного созревания
- 3) скорости нарастания костной массы
- 4) скорости роста

**ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 6
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

**ГИПОГОНАДИЗМ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА**

- 1) первичный
- 2) вторичный
- 3) конституциональный
- 4) отсутствует

**У МАЛЬЧИКОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ**

- 1)  $\beta$ -ХГЧ (хорионический гонадотропин человека)
- 2) АКТГ (адренокортикотропный гормон)
- 3) АМГ (антимюллеровый гормон)
- 4) 17-ОНП (17-гидроксипрогестерон)

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ХГЧ-СЕКРЕТИРУЮЩИМИ ОПУХОЛЯМИ ПРОВОДИТСЯ**

- 1) врачом-педиатром
- 2) врачом-хирургом
- 3) врачом-эндокринологом
- 4) врачом-онкологом

**К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) дефицит 21-гидроксилазы 46 XX
- 2) дефицит 17  $\alpha$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 3) дефицит 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

4) синдром резистентности к андрогенам

### **ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА НАЗНАЧАЮТ**

- 1) ингибиторы ароматазы
- 2) аналоги гонадотропин-рилизинг гормона
- 3) гестагенные препараты
- 4) монотерапию эстрогенами

### **ГИПОГОНАДИЗМ, НИЗКОРОСЛОСТЬ, НАЛИЧИЕ КРЫЛОВИДНЫХ СКЛАДОК ШЕИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Шерешевского-Тернера
- 2) Аллана-Херндона-Дадли
- 3) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 4) Золлингера-Эллисона

### **ПРИ ПОЛНОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ УДАЛЕНИЕ ГОНАД**

- 1) возможно после окончания пубертата
- 2) показано сразу же при постановке диагноза
- 3) зависит от результатов пробы с хорионическим гонадотропином
- 4) зависит от результатов биопсии

### **ПРИ ПОЛНОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ РИСК МАЛИГНИЗАЦИИ ГОНАД**

- 1) низкий
- 2) высокий
- 3) зависит от положения гонад
- 4) зависит от положения мутации в гене рецептора к андрогенам

### **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ ПРОИСХОДИТ СТИМУЛЯЦИЯ**

- 1) клеток Лейдига
- 2) клеток Сертоли
- 3) гонадотрофов
- 4) герминативных клеток

### **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ДИФЕРЕЛИНОМ ДОЗА ПРЕПАРАТА**

- 1) подбирается эмпирически
- 2) зависит от массы тела
- 3) стандартная
- 4) зависит от стадии пубертата

### **К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ СТЕРОИДОГЕНЕЗА, ОТНОСИТСЯ**

- 1) синдром резистентности к андрогенам
- 2) синдром Клайнфельтера
- 3) синдром Шерешевского-Тернера
- 4) дефицит 3 $\alpha$ -гидроксистероиддегидрогеназы

### **ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипогонадотропный гипогонадизм
- 2) гипергонадотропный гипогонадизм
- 3) гонадотропизависимое преждевременное половое развитие
- 4) нарушение менструального цикла

### **РИСК РАЗВИТИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА**

- 1) сопоставим с популяцией
- 2) выше, чем в популяции
- 3) отсутствует
- 4) ниже, чем в популяции

### **К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ХРОМОСОМ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) синдром Клайнфельтера
- 2) дефицит 11 $\alpha$ -гидроксилазы
- 3) синдром избытка ароматазы
- 4) синдром резистентности к андрогенам

### **СОСТОЯНИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ЯИЧКАХ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипогонадизм
- 2) гипопаратиреоз
- 3) тестотоксикоз
- 4) гиперальдостеронизм

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ИЗ КЛЕТОК СЕРТОЛИ – ЛЕЙДИГА**

- 1) вирилизация, вторичная аменорея
- 2) гиперпигментация кожных покровов, приступы слабости
- 3) прогрессирующий набор массы тела, acanthosis nigricans
- 4) потеря массы тела, диарея

### **КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛОВЫМИ ГОРМОНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ПРОВОДИТСЯ ПО УРОВНЮ**

- 1) фолликулостимулирующего гормона
- 2) антимюллерова гормона
- 3) лютеинизирующего гормона
- 4) тестостерона

## **ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТАМ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПОСЛЕ ГОНАДЭКТОМИИ НАЗНАЧАЕТСЯ**

- 1) в пубертатном возрасте
- 2) после 18 лет
- 3) при развитии остеопороза
- 4) при подтвержденном молекулярно-генетически диагнозе

## **ВЕДУЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕВОЧКИ**

- 1) вирилизация наружных половых органов, быстро прогрессирующее половое оволосение
- 2) гиперпигментация кожных покровов, приступы слабости
- 3) удвоение матки, аплазия влагалища у девочки
- 4) прогрессирующий набор массы тела, acanthosis nigricans

## **ВЫЯВЛЕНИЕ КАРИОТИПА 47,XXY У МАЛЬЧИКА С ПРИЗНАКАМИ ГИПОГОНАДИЗМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У НЕГО СИНДРОМА**

- 1) Иценко-Кушинга
- 2) Шерешевского-Тернера
- 3) Гиппеля-Линдау
- 4) Клайнфельтера

## **ИНФОРМАЦИЯ О СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГОНАДОТРОПИНОВ СОДЕРЖИТСЯ В**

- 1)  $\alpha$ -субъединице
- 2)  $\beta$ -субъединице
- 3)  $\alpha$  и  $\beta$ -субъединицы
- 4) C-терминальная области

## **ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) высоким уровнем эстрогенов
- 2) высоким уровнем андрогенов
- 3) развитием гонадобластомы
- 4) высоким уровнем ФСГ

## **СОСТОЯНИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ЯИЧНИКАХ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперальдостеронизм
- 2) тиреотоксикоз
- 3) гипопаратиреоз
- 4) гипогонадизм

## **К МУЖСКОМУ ФЕНОТИПУ ПРИ КАРИОТИПЕ 46XX МОЖЕТ ПРИВЕСТИ**

- 1) отсутствие в геноме зародыша с кариотипом 46XX гена SRY
- 2) присутствие в геноме зародыша с кариотипом 46XX гена SRY
- 3) отсутствие в геноме зародыша с кариотипом 46XX гена AR
- 4) присутствие в геноме зародыша с кариотипом 46XX гена AR

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ И 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ, КАК ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛОЖНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПОЗВОЛЯЕТ**

- 1) мультистероидный анализ
- 2) проба с аналогами ГнРГ
- 3) АКТГ-стимулирующий тест
- 4) тест с хорионическим гонадотропином

**ОСНОВНУЮ РОЛЬ В ПРОЦЕССАХ МУЖСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ПЛОДА ИГРАЕТ**

- 1) сексстероидсвязывающий глобулин
- 2) дигидроэпиандростерон
- 3) 17-гидроксипрогестерон
- 4) дигидротестостерон

**ЧАСТОТА НАНЕСЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ ЭСТРОГЕНОВ У ДЕВОЧЕК С ГИПОГОНАДИЗМОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В**

- 1) 7 дней
- 2) 28 дней
- 3) 3 дня
- 4) сутки

**УРОВЕНЬ ЛГ НЕ ВЫШЕ \_\_\_\_\_ Ед/л ОТРАЖАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АНАЛОГАМИ ЛГ-РГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ЛГ-РГ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЛОГАМИ ЛГ-РГ**

- 1) 10
- 2) 4
- 3) 1
- 4) 8

**ГОНАТРОПИНЗАВИСИМОЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ СОПУТСТВУЕТ ТАКИМ ОПУХОЛЯМ ЦНС КАК**

- 1) краниофарингиомы
- 2) гамартомы
- 3) глиобластома
- 4) кортикотропинома

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 50-100
- 2) 150-200
- 3) 200-250
- 4) 250-300

**КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (В ДНЯХ)**

- 1) 14-15
- 2) 28-29
- 3) 7-8
- 4) 3-4

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИСГЕНЕЗИЮ ГОНАД, С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОК ЛЕЙДИГА ПРОВОДИТСЯ СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С**

- 1) хорионическим гонадотропином
- 2) синактеном
- 3) аналогами ЛГ-РГ
- 4) омнадреном

**ОТСУТСТВИЕ УГЛА МЕЖДУ ТЕЛОМ И ШЕЙКОЙ МАТКИ, А ТАКЖЕ ОТСУТСТВИЕ ЭНДОМЕТРИЯ И КИСТ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАЛОГО ТАЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ**

- 1) истинном преждевременном половом развитии
- 2) изолированном телархе
- 3) эстрогенпродуцирующих опухолях яичников
- 4) гонадотропин-независимых формах ППР

**УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА В ХОДЕ ТЕСТА С ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ**

- 1) повышается
- 2) снижается
- 3) не изменяется
- 4) зависит от положения гонад

**ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ СТРОЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

- 1) смешанное
- 2) зависит от формы заболевания
- 3) женское
- 4) мужское

**ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) низкого уровня гонадотропных и половых гормонов

- 2) высокого уровня гонадотропных и половых гормонов
- 3) высокого уровня половых гормонов и низкого уровня гонадотропных гормонов
- 4) низкого уровня половых гормонов и высокого уровня гонадотропных гормонов

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НИЗКИХ УРОВНЕЙ ИФР-1, ПРОЛАКТИНА, ТТГ У РЕБЕНКА С ГИПОГОНАДИЗМОМ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) гиперальдостеронизм
- 2) пангипопитуитаризм
- 3) адренолейкодистрофию
- 4) псевдогипопаратиреоз

**ПРИ МОНИТОРИНГЕ ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА, ПОЛУЧАЮЩИХ СОМАТРОПИН, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- 1) гонадотропинов
- 2) пролактина
- 3) кортизола
- 4) гликированного гемоглобина

**ИНДУКЦИЮ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ХРОНОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)**

- 1) 10
- 2) 12
- 3) 16
- 4) 14

**МОНОТОННО ВЫСОКИЙ БАЗАЛЬНЫЙ И СТИМУЛИРОВАННЫЙ НА ПРОБЕ С АНАЛОГАМИ ГНРГ УРОВЕНЬ ЛГ ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ФСГ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ**

- 1)  $\alpha$ -субъединицы G-белка
- 2) гонадотропин-релизинг гормона
- 3) проопиомеланокортина
- 4) b-субъединицы ХГЧ

**ВТОРОЙ ЭТАП ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46,XY ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ**

- 1) тестикул
- 2) вольфовых протоков
- 3) фетальных надпочечников
- 4) мезонефроса

**ДЛЯ ГИПОГОНАДИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРНЫ**

- 1) низкие показатели ЛГ и ФСГ, низкий уровень эстрадиола
- 2) высокие показатели ЛГ и ФСГ, низкий уровень эстрадиола
- 3) любые значения ЛГ и ФСГ, низкий уровень эстрадиола

4) высокие показатели ЛГ и ФСГ, нормальный уровень эстрадиола

### **ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) гестагенные препараты
- 2) монотерапию эстрогенами
- 3) аналоги гонадотропин-рилизинг гормона
- 4) ингибиторы ароматазы

### **В Фолликулярную фазу менструального цикла доминантные фолликулы продуцируют**

- 1) ароматазу
- 2) андрогены
- 3) эстрогены
- 4) прогестерон

### **Стандартная методика проведения стимуляционной пробы с гонадотропин-рилизинг-гормоном (диферелином п/к) включает**

- 1) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов 0 мин, через 120 мин и 24 часа
- 2) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов 0 мин, через 60 мин и 4 часа
- 3) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов на 0 мин, через 15, 30, 45 и 60 мин
- 4) исследование уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов на 0 мин, через 30 мин и 60 мин

### **Пациенту, зарегистрированному в мужском паспортном поле с синдромом резистентности к андрогенам, в пубертатном возрасте показано лечение**

- 1) тестостероном
- 2) хорионическим гонадотропином
- 3) эстрогенами
- 4) кетоконазолом

### **Сниженный объем и плотная консистенция тестикул характерны для пациентов с синдромом**

- 1) Шерешевского-Тернера
- 2) Клайнфельтера
- 3) Иценко-Кушинга
- 4) Гиппеля-Линдау

### **У девочек старше 13 лет основным симптомом гипогонадизма является отсутствие**

- 1) оволосения в подмышечной области

- 2) увеличения молочных желез
- 3) пубертатного скачка роста
- 4) регулярного менструального цикла

### **АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- 1) синдрома Клайфельтера
- 2) синдрома резистентности к андрогенам
- 3) дефицита 5 альфа редуктазы
- 4) дисгенезии гонад

### **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОГОНАДИЗМА У ДЕВОЧЕК ПЕРЕХОД ОТ МОНОТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ К ЦИКЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭСТРОГЕН-ПРОГЕСТАГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ**

- 1) 6 месяцев
- 2) 3 года
- 3) 3 месяца
- 4) 1-2 года

### **ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АРОМАТАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С КАРИОТИПОМ 46 XX БУДЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ**

- 1) отсутствием менархе
- 2) поздним половым созреванием
- 3) гипоплазией молочных желез
- 4) гиперплазией молочных желез

### **ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА КАЛЬМАНА ПО ДАННЫМ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) аплазия обонятельных луковиц
- 2) демиелинизация валика мозолистого тела
- 3) гипоплазия воронки гипофиза
- 4) герминома хиазмально-селлярной области

### **КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛОВЫМИ ГОРМОНАМИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОГОНАДИЗМЕ ПРОВОДИТСЯ ПО УРОВНЮ**

- 1) тестостерона
- 2) лютеинизирующего гормона
- 3) фолликулостимулирующего гормона
- 4) антимюллера гормона

### **ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ДЛЯ ДЕВОЧЕК ИМЕЕТ \_\_СТАДИИ/СТАДИЙ**

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2

### **ГЕН SRY ЭКСПРЕССИРУЕТСЯ**

- 1) на коротком плече X-хромосомы
- 2) на коротком плече Y-хромосомы
- 3) в уrogenитальном кольце
- 4) в развивающихся клетках Сертоли

### **ОБЪЕМ ЯИЧЕК У МАЛЬЧИКОВ ИЗМЕРЯЮТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ**

- 1) ростометра
- 2) весов
- 3) калиперометра
- 4) орхидометра

### **ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА-5 АЛЬФА РЕДУКТАЗЫ В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ПРОИСХОДИТ**

- 1) вирилизация
- 2) феминизация
- 3) задержка полового созревания
- 4) быстрое закрытие зон роста

### **ПРИ ЛОЖНОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ РАЗВИТИИ У МАЛЬЧИКОВ ОТСУТСТВУЕТ**

- 1) половое оволосение
- 2) рост объема яичек
- 3) запах пота
- 4) рост кавернозных тел

### **ПРЕВРАЩЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ДИГИДРОТЕСТОСТЕРОН ПРОИСХОДИТ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФЕРМЕНТА**

- 1) 3-бета-гидростероиддегидрогеназы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) 5-альфа-редуктазы
- 4) 17,20 - лиазы

### **РАЗВИТИЕ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ**

- 1) Клайнфельтера
- 2) Нунан
- 3) Шерешевского-Тернера
- 4) Барде-Бидля

### **ДЛЯ ДЕТЕЙ ВЕСОМ МЕНЕЕ 15 КГ ТЕРАПИЯ АНАЛОГАМИ ГНРГ**

**ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ 1 РАЗ В \_\_\_\_\_ В ДОЗЕ \_\_\_\_\_ МГ**

- 1) 28 дней; 3,75
- 2) 28 дней ; 1,875

- 3) 21 день; 3,75
- 4) 21 день; 1,875

### **У ДЕВОЧЕК ПРИ КАРИОТИПЕ 45 X СТРОЕНИЕ ГОНАДЫ**

- 1) соответствует тестикулярной ткани
- 2) соответствует соединительнотканному тяжу
- 3) имеет смешанное строение
- 4) соответствует яичниковой ткани

### **НЕДОСТАТОЧНОСТЬ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ А2 ПРИВОДИТ К 46,XY НАРУШЕНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ВСЛЕДСТВИЕ**

- 1) нарушения дифференцировки гонад по мужскому типу
- 2) нечувствительности к андрогенам
- 3) дефицита дигидротестостерона
- 4) избыточной продукции андрогенов

### **НИЗКОРОСЛОСТЬ И ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Беквита — Видемана
- 2) Марфана
- 3) Клайнфельтера
- 4) Шерешевского-Тернера

### **НАРЯДУ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ ПРИ СИНДРОМЕ ВАН-ВИКА-ГРОМБАХА ОПИСАНЫ**

- 1) снижение слуха
- 2) алопеция
- 3) лакторея
- 4) дефицит веса

### **ДЛЯ ДЕТЕЙ ВЕСОМ БОЛЕЕ 15 КГ ТЕРАПИЯ АНАЛОГАМИ ГНРГ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ 1 РАЗ В \_\_\_\_ СУТКИ/СУТОК В ДОЗЕ \_\_\_\_ МГ**

- 1) 21; 1,875
- 2) 28; 3,75
- 3) 21; 3,75
- 4) 28; 1,875

### **С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОСИ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ ЦИКЛА И НИЗКО-НОРМАЛЬНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ГОНАДОТРОПИНОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА С**

- 1) кломифен цитратом
- 2) хорионическим гонадотропином
- 3) клонидином
- 4) инсулином

**К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ТКАНЕЙ-МИШЕНЕЙ К ДЕЙСТВИЮ ГОРМОНОВ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) дефект рецептора АМГ
- 2) дефицит 5 альфа редуктазы
- 3) синдром Шерешевского-Тернера
- 4) Денис-Драш синдром

**ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГИРСУТИЗМА У ДЕВОЧЕК С ОЖИРЕНИЕМ СВЯЗАНО С УСИЛЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКАМИ**

- 1) альдостерона
- 2) прогестерона
- 3) кортизола
- 4) андрогенов

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ СЛУЖИТ УСКОРЕНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ОТ ПАСПОРТНОГО БОЛЕЕ ЧЕМ НА \_\_\_ ГОДА**

- 1) 3
- 2) 4
- 3) 1
- 4) 2

**ТОЛЬКО ПРИ КАРИОТИПЕ 46 ХУ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- 1) дефицита 21- гидроксилазы
- 2) синдрома резистентности к андрогенам
- 3) дефицита 3 $\beta$ - гидроксистероиддегидрогеназы
- 4) дефицита ароматазы

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ДЕВОЧКИ В ВОЗРАСТЕ ДО \_\_\_ ЛЕТ**

- 1) 10
- 2) 11
- 3) 9
- 4) 8

**ДЕВОЧКАМ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ТЕЛАРХЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) аналогов ГнРГ пролонгированного действия
- 2) динамического наблюдения
- 3) агонистов допаминовых рецепторов
- 4) блокаторов ароматазы

**ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ ФЕРТИЛЬНОСТЬ**

- 1) снижена
- 2) зависит от формы заболевания

- 3) сохранена
- 4) отсутствует

### **К ГИПОГОНАДИЗМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПРИЕМ**

- 1) хорионического гонадотропина
- 2) блокаторов стероидогенеза
- 3) фолликулостимулирующего гормона
- 4) левотироксина

### **АРОМАТАЗА, ПРЕВРАЩАЮЩАЯ В Фолликулах андрогенные стероиды в эстрогены, локализована в клетках**

- 1) примордиального фолликула
- 2) желтого тела
- 3) теки
- 4) гранулезы

### **СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ-ГОРМОНОМ (ГНРГ) ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ**

- 1) различные варианты гонадотропин-независимых форм ППР
- 2) гонадотропинзависимые формы ППР от гонадотропин-независимых форм
- 3) органические формы Гонадотропинзависимого варианта ППР
- 4) функциональный вариант Гонадотропинзависимой формы ППР от органического варианта

### **ПОД ГИПОГОНАДИЗМОМ У ДЕВОЧЕК ПОНИМАЮТ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ ПОСЛЕ (В ГОДАХ)**

- 1) 15
- 2) 16
- 3) 14
- 4) 13

### **ИЗОЛИРОВАННОЕ ТЕЛАРХЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ**

- 1) 3-6 лет
- 2) 6-8 лет
- 3) 0-6 мес
- 4) до 3 лет

### **ИНИЦИАЦИЮ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛОВЫМИ ГОРМОНАМИ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С МИНИМАЛЬНЫХ ДОЗ С ЦЕЛЮ**

- 1) увеличения объема и восстановления структуры гонад
- 2) нормализации уровней гонадотропинов в крови
- 3) предупреждения быстрого закрытия зон роста
- 4) восстановления репродуктивной функции

## **ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ И НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПО ЖЕНСКОМУ ТИПУ**

- 1) не требует активного гормонального влияния
- 2) зависит от уровня эстрадиола
- 3) опосредовано влиянием ЛГ
- 4) контролируется активностью ГнРГ рецептора

## **КАРИОТИП 46,XX И ГИПОГОНАДИЗМ В СОЧЕТАНИИ С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЕФИЦИТА ГОРМОНА РОСТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ**

- 1) Клайнфельтера
- 2) Нунан
- 3) Морриса
- 4) Шерешевского-Тернера

## **СТЕПЕНЬ ОЦЕНКИ ГИРСУТИЗМА (ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГИРСУТНОГО ЧИСЛА) ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ШКАЛЕ**

- 1) Куигли
- 2) Прадера
- 3) Ферримена-Голлвея
- 4) Апгар

## **ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ГОНАДЭКТОМИИ, ТАК КАК ПРИ ДАННОМ СИНДРОМЕ ВЫСОКИЙ РИСК \_\_\_\_\_ ДИСГЕНЕТИЧНЫХ ГОНАД**

- 1) перекрута
- 2) малигнизации
- 3) синтеза половых стероидов противоположного пола
- 4) воспаления

## **ВСЕМ МАЛЬЧИКАМ С ГОНАДОТРОПИН-НЕЗАВИСИМЫМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ В- ХГЧ НАРЯДУ С МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) колоноскопии
- 2) эхокардиографии
- 3) офтальмометрии
- 4) УЗИ печени

## **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ Y-ХРОМОСОМЫ В КАРИОТИПЕ ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА РЕКОМЕНДОВАНО**

- 1) назначение препаратов блокаторов ароматазы
- 2) проведение гонадэктомии
- 3) выполнение вирилизующей пластики половых органов
- 4) динамическое наблюдение

## **ТРЕТИЙ ЭТАП ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46,ХУ ЗАВИСИТ ОТ**

- 1) уровня 17-гидроксипрогестерона
- 2) уровня гонадотропинов
- 3) активности аутомных генов
- 4) функциональной активности эмбриональных тестикул

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ У ДЕВОЧКИ С ПРИЗНАКАМИ ГИПОГОНАДИЗМА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ СИНДРОМ**

- 1) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 2) Аллана-Херндона-Дадли
- 3) Золлингера-Эллисона
- 4) Шерешевского-Тернера

**УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА У МАЛЬЧИКОВ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 МЕСЯЦЕВ**

- 1) соответствует допубертатным значениям
- 2) выше допубертатных значений
- 3) зависит от типа вскармливания
- 4) неопределяемый в плазме крови

**ПРИ ЧИСТОЙ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ХУ, СТРОЕНИЕ ГОНАДЫ**

- 1) имеет смешанное строение
- 2) характерное для тестикулярной ткани
- 3) соответствует соединительнотканному тяжу
- 4) характерное для яичниковой ткани

**ПРИ СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХГЧ-СЕКРЕТИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ОДНОВРЕМЕННО С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ**

- 1) тиреотоксикоз
- 2) гиперпролактинемия
- 3) несахарный диабет
- 4) акромегалия

**ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ГИПОГОНАДИЗМА В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ НАЗНАЧЕНИИ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НЕ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ С**

- 1) микроделецией Y-хромосомы
- 2) липоидной гиперплазией надпочечников
- 3) перекрутом яичка
- 4) пролактиномой

**ВЫЯВЛЕНИЕ КАРИОТИПА 45,X У ДЕВОЧКИ С ПРИЗНАКАМИ ГИПОГОНАДИЗМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У НЕЕ СИНДРОМА**

- 1) Рокитанского-Кюстнера
- 2) Иценко-Кушинга
- 3) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 4) Шерешевского-Тернера

### **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АНАЛОГАМИ ГН-РГ ИССЛЕДУЮТ УРОВНИ**

- 1) гонадотропинов
- 2) кортизола
- 3) 17-гидроксипрогестерона
- 4) В-субъединицы ХГЧ

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА ДЛЯ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)**

- 1) 100-150
- 2) 50-100
- 3) 200-250
- 4) 150-200

### **ПРИЧИНОЙ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КАРИОТИПЕ 46ХУ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 21-гидроксилазы
- 2) 17,20 – лиазы
- 3) ароматазы
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилазы

### **ИЗОСЕКСУАЛЬНОЕ ЛОЖНОЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕВОЧЕК МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) андрогенпродуцирующими опухольями яичников
- 2) объемными образованиями головного мозга
- 3) эстрогенпродуцирующими опухольями яичников
- 4) органическим поражением центральной нервной системы

### **В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК ЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЕ ВЫРАЖЕН В СРАВНЕНИИ С МАЛЬЧИКАМИ ПРИРОСТ**

- 1) костной ткани
- 2) жировой ткани
- 3) массы головного мозга
- 4) мышечной ткани

### **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АНАЛОГАМИ ЛГ-РГ ПРОИСХОДИТ СТИМУЛЯЦИЯ**

- 1) лактотрофов
- 2) тиреотрофов
- 3) гонадотрофов
- 4) соматотрофов

### **КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипогонадотропный гипогонадизм
- 2) гонадотропинзависимое преждевременное половое развитие
- 3) гонадотропиннезависимое преждевременное половое развитие

4) гипергонадотропный гипогонадизм

**БЫСТРОЕ ЗАКРЫТИЕ ЗОН РОСТА У ПОДРОСТКОВ С ГИПОГОНАДИЗМОМ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ**

- 1) нерегулярном приеме заместительной терапии
- 2) отсутствии назначения заместительной терапии
- 3) лечении высокой дозой половых гормонов
- 4) удлинении интервалов между приемами препаратов

**ОТСУТСТВИЕ ПОДЪЕМА УРОВНЯ ЛГ ВЫШЕ 8 мЕд/л ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОБЫ С ГОНАДОЛИБЕРИНОМ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДТВЕРДИТЬ**

- 1) эндогенный гиперкортицизм
- 2) псевдогипопаратиреоз типа 1А
- 3) преждевременное половое развитие
- 4) вторичный гипогонадизм

**У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46XX ОТСУТСТВИЕ АНТИМЮЛЛЕРОВА ФАКТОРА ПРИВОДИТ К**

- 1) персистенции мюллеровых протоков
- 2) дифференцировки вольфовых протоков
- 3) регрессу мюллеровых протоков
- 4) андрогенизации наружных гениталий

**ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ**

- 1) 17-ОН-прогестерона и кортизола
- 2) андростендиона и ДГЕА-С
- 3) альдостерона и ренина
- 4) метанфринов и кортизола в суточной моче

**ТЕЛАРХЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) изменение архитектоники тела
- 2) увеличение молочных желёз у девочек
- 3) появление подмышечного оволосения
- 4) появление лобкового оволосения

**С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТЕСТИКУЛ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С**

- 1) ЛГ-РГ
- 2) дексаметазоном
- 3) синактеном
- 4) хорионическим гонадотропином

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НИЗКОРОСЛОСТИ У ДЕВОЧКИ 14 ЛЕТ С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО**

- 1) определение костного возраста
- 2) исследование буккального эпителия
- 3) кариотипирование
- 4) УЗИ малого таза

#### **ПРИ ДЕФЕКТЕ АРОМАТАЗЫ НАРУШАЕТСЯ КОНВЕРСИЯ**

- 1) андростендиона в тестостерон
- 2) дегидроэпиандростендиона в тестостерон
- 3) тестостерона в дигидротестостерон
- 4) тестостерона в эстрогены

#### **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ ИСПОЛЬЗУЮТ \_\_\_\_\_ - ДНЕВНУЮ СХЕМУ**

- 1) 10
- 2) 3
- 3) 21
- 4) 14

#### **К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНЕМИИ У ДЕВОЧЕК С ОЖИРЕНИЕМ ОТНОСЯТ**

- 1) рост пушковых волос на предплечьях, спине
- 2) нарушения менструального цикла
- 3) быстро прогрессирующую прибавку массы тела
- 4) артериальную гипертензию кризового течения

#### **К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ СТЕРОИДОГЕНЕЗА, ОТНОСИТСЯ**

- 1) дефицит Star протеина
- 2) синдром Шерешевского-Тернера
- 3) дисгенезия гонад
- 4) синдром Фрейзера

#### **КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) микропения
- 2) гипоплазия яичек
- 3) крипторхизм
- 4) макроорхидизм

#### **СОСТОЯНИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ПОЛОВЫМ ГОРМОНАМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипогонадизм
- 2) тиреотоксикоз
- 3) гиперальдостеронизм
- 4) гипопитуитаризм

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАЗАЛЬНЫХ УРОВНЕЙ ГОНАДОТРОПИНОВ И СТЕРОИДОВ НЕ ИНФОРМАТИВНО У**

- 1) девочек вне зависимости от стадии полового развития
- 2) девочек на поздних стадиях полового развития (B4)
- 3) девочек на ранних стадиях полового развития (B2)
- 4) мальчиков на поздних стадиях полового развития (G4)

## **У ПАЦИЕНТОВ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД 46 XY ПО ДАННЫМ УЗИ МАЛОГО ТАЗА МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ**

- 1) хорошо развитую простату
- 2) матку
- 3) гиперплазию надпочечников
- 4) яичники с фолликулярным аппаратом

## **ГИПОГОНАДИЗМ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) дефектом ферментов стероидогенеза
- 2) аутоиммунным процессом
- 3) хромосомной аномалией
- 4) избытком глюкокортикоидов

## **СМЕШАННАЯ ОВОТЕСТИКУЛЯРНАЯ ФОРМА НФП НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ КАРИОТИПЕ**

- 1) 45X
- 2) 46XX
- 3) 46XX/46XY
- 4) 47 XXY

## **ГИПОГОНАДИЗМ, ПИГМЕНТНЫЙ РЕТИНИТ, ОЖИРЕНИЕ, ПОЛИДАКТИЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) МакКьюна-Олбрайта
- 2) Гиппеля-Линдау
- 3) Клайнфельтера
- 4) Барде-Бидля

## **ВЫСОКИЕ УРОВНИ ГОНАДОТРОПИНОВ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ЭСТРАДИОЛА В КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ**

- 1) Аллана-Херндона-Дадли
- 2) Золлингера-Эллисона
- 3) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 4) Шерешевского-Тернера

## **ПРОБА С ЛГ-РГ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЛОГАМИ ЛГ-РГ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ**

- 1) оценки риска развития побочных эффектов терапии

- 2) исключения развития эффекта «ускользания» на фоне длительной терапии
- 3) определения сроков отмены препарата
- 4) оценки эффективности проводимой терапии

### **ЗАПОДОЗРИТЬ НАЛИЧИЕ ДЕФИЦИТА ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ У ПАЦИЕНТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ У НЕГО**

- 1) гиперальдостеронизма
- 2) пангипопитуитаризма
- 3) диффузного токсического зоба
- 4) псевдогипопаратиреоза

### **ГИПОГОНАДИЗМ ПРИ СИНДРОМЕ КАЛЬМАНА ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) аномалией половых хромосом
- 2) врожденной дисгенезией гонад
- 3) нарушением синтеза тестостерона
- 4) дефицитом секреции Гн-РГ

### **ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКА СТАРШЕ 14 ЛЕТ НАЗЫВАЮТ**

- 1) гипопаратиреозом
- 2) гипогонадизмом
- 3) гиперальдостеронизмом
- 4) тестотоксикозом

### **РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ С КРИПТОРХИЗМОМ ДОЗА ХОРИОГЕНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (В МЕ)**

- 1) 500
- 2) 250
- 3) 1000
- 4) 1500

### **ВИРИЛИЗАЦИЮ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОЦЕНИВАЮТ ПО ШКАЛЕ**

- 1) Ферримана-Голлвея
- 2) Апгар
- 3) Глазго
- 4) Прадера

### **АКТИВАЦИЯ КЛЕТКИ ЛЕЙДИГА, ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ LHCGR НАРЯДУ С ГОНАДОТРОПИННЕЗАВИСИМЫМ ППР ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) аденоматоза яичек
- 2) опухолей надпочечников
- 3) ранней активации сперматогенеза
- 4) ассиметричных размеров гонад

### **К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С**

## **НАРУШЕНИЕМ СТЕРОИДОГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ**

- 1) 45 XO/46 XX
- 2) дефицит 21-гидроксилазы 46 XX
- 3) синдром резистентности к андрогенам
- 4) синдром С.Шерешевского-Тернера

## **ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С АКТГ (СИНАКТЕНОМ) ПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА**

- 1) преждевременного изолированного менархе
- 2) обнаружении овариальных кист по данным УЗИ малого таза
- 3) преждевременного телархе
- 4) преждевременного адренархе

## **У МАЛЬЧИКОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ**

- 1) тестостерона
- 2) пролактина
- 3) ренина, альдостерона
- 4) ТТГ, т4св.

## **ИСТИННОЕ (ЦЕНТРАЛЬНОЕ) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ФОРМИРУЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ**

- 1) секрецией половых гормонов опухолью надпочечников
- 2) автономной активацией деятельности половых желез
- 3) секрецией половых гормонов опухолью половых желез
- 4) активации гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси

## **ПРЕВЫШЕНИЕ СТИМУЛИРОВАННОГО УРОВНЯ ФСГ НАД УРОВНЕМ ЛГ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) изолированного телархе
- 2) гонадотропин-независимого ППР
- 3) гонадотропинзависимого ППР
- 4) опухоли гипофиза

## **ДЕВОЧКАМ С СИНДРОМОМ МАККЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КИСТ ЯИЧНИКОВ ПОКАЗАНО**

- 1) удаление кисты при персистенции более, чем 4 недели
- 2) обязательное удаление кисты в любом случае
- 3) наблюдение состояния яичников по УЗИ в динамике
- 4) удаление кисты при персистенции более, чем 2 недели

## **ПРИ ДОКАЗАННОМ ГОНАДОТРОПИНЗАВИСИМОМ ХАРАКТЕРЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) КТ средостения
- 2) рентгенденситометрии
- 3) УЗИ надпочечников

4) МРТ головного мозга

### **ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ДЕВОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ**

- 1) костного возраста
- 2) развития подмышечного оволосения
- 3) скорости роста
- 4) развития молочных желез

### **ГИПОГОНАДИЗМ И НАЛИЧИЕ ЕВНУХОИДНЫХ ПРОПОРЦИЙ ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 2) Иценко-Кушинга
- 3) Шерешевского-Тернера
- 4) Клайнфельтера

### **ВОЛЬФОВЫ ПРОТОКИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТСЯ В СЕМЕННЫЕ ПУЗЫРЬКИ, СЕМЕВЫНОСЯЩИЕ ПРОТОКИ И ПРИДАТОК ТЕСТИКУЛА ПОД ВЛИЯНИЕМ**

- 1) дигидротестостерона
- 2) кортизола
- 3) эстрадиола
- 4) тестостерона

### **СОЧЕТАНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ**

- 1) УЗИ надпочечников
- 2) УЗИ малого таза
- 3) КТ средостения
- 4) МРТ головного мозга

### **У ПАЦИЕНТОВ С КАРИОТИПОМ 45X НАБЛЮДАЮТ**

- 1) нормогонадотропное состояние, отсутствие патологии яичников
- 2) нормогонадотропное состояние, отсутствие патологии яичек
- 3) гипогонадотропный гипогонадизм, наличие стрек - гонад
- 4) гипергонадотропный гипогонадизм, наличие стрек - гонад

### **СИНДРОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ ОБУСЛОВЛЕН**

- 1) нарушением биосинтеза эстрогенов
- 2) нарушением биосинтеза андрогенов
- 3) мутацией в рецепторе к эстрогенам
- 4) мутацией в рецепторе к андрогенам

### **К ВРОЖДЕННОЙ ФОРМЕ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ СИНДРОМ**

- 1) Рокитанского-Кюстнера
- 2) Клайнфельтера

- 3) Кальмана
- 4) Шерешевского-Тернера

### **ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) аналоги гонадотропин-рилизинг гормона
- 2) препараты фолликулостимулирующего гормона
- 3) смеси эфиров тестостерона
- 4) хорионический гонадотропин

### **К ПРИОБРЕТЕННОЙ ФОРМЕ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ**

- 1) X-сцепленную врожденную гипоплазию надпочечников
- 2) псевдогипопаратиреоз типа 1А
- 3) перекрут яичек
- 4) липоидную гиперплазию коры надпочечников

### **ХАРАКТЕРНОЙ УЗ-КАРТИНОЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) соответствие возрастной норме размеров матки и яичников
- 2) гипоплазия матки, отсутствие визуализации яичников
- 3) гипоплазия матки и яичников
- 4) аплазия матки

### **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ С ГОНАДОЛИБЕРИНОМ (ПОДЪЕМ УРОВНЯ ЛГ > 6 МЕД/Л) ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) эндогенный гиперкортицизм
- 2) врожденную дисфункцию коры надпочечников
- 3) вторичный гипогонадизм
- 4) преждевременное половое развитие

### **ДЛЯ ИНИЦИАЦИИ ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА НАЗНАЧАЮТ**

- 1) смеси эфиров тестостерона
- 2) препараты фолликулостимулирующего гормона
- 3) хорионический гонадотропин
- 4) аналоги гонадотропин-рилизинг гормона

### **ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ МАЛЬЧИКОВ ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ**

- 1) развития подмышечного оволосения
- 2) скорости роста
- 3) развития лобкового оволосения
- 4) костного возраста

### **ДЕФЕКТ АРОМАТАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С КАРИОТИПОМ 46 ХУ БУДЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ**

- 1) преждевременным половым развитием
- 2) высоким ростом
- 3) гетеросексуальным половым развитием
- 4) наличием дериватов мюллеровых протоков

**У МАЛЬЧИКОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ РАЗВИТИЕМ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВДКН ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ**

- 1) 17-гидроксипрогестерона
- 2) ингибина В
- 3) альдостерона
- 4) тестостерона

**ПРИ КАРИОТИПЕ 45X/46XY ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК**

- 1) преждевременного полового развития
- 2) развития гонадобластомы
- 3) атрофии яичек
- 4) макроорхидизма

**В КАЧЕСТВЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА ПРИМЕНЯЮТ**

- 1) анаболические стероиды
- 2) тестостерон
- 3) гонадотропин хорионический
- 4) люлиберин

**ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ, КАК ПРИЧИНА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОВОГО РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 2) Ван-Вика—Громбаха
- 3) Беквита-Видемана
- 4) Шерешевского-Тернера

**ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПРИОБРЕТЕННОГО ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) преждевременное истощение яичников
- 2) опухоль гипофиза
- 3) гипоплазия клеток Лейдига
- 4) синдром регрессии яичек

**В НОРМЕ НАСТУПЛЕНИЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК НАЧИНАЕТСЯ С**

- 1) увеличения молочных желез
- 2) появления начального оволосения на лобке
- 3) появления начального оволосения в аксиллярной области
- 4) менархе

**ОСНОВНЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ, ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА КОСТНОЕ СОЗРЕВАНИЕ, СЧИТАЮТ**

- 1) тестостерон у обоих полов
- 2) эстрогены у девочек, и тестостерон у мальчиков
- 3) эстрогены у обоих полов
- 4) эстрогены и тестостерон у обоих полов

**ЧИСЛО И РАЗМЕРЫ ЭПИФИЗАРНЫХ ЗОН РОСТА, ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ИХ ПОЯВЛЕНИЯ, СТЕПЕНЬ ИХ ЗАКРЫТИЯ УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ**

- 1) скорости нарастания костной массы
- 2) скорости линейного роста
- 3) статуса полового созревания
- 4) костного возраста

**ПРОВЕДЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОМ FISH ПОКАЗАНО ПРИ КАРИОТИПЕ**

- 1) 45,ХО/46,ХУ
- 2) 45,ХО/46,ХХ
- 3) 45,ХО/46,Х, +mar
- 4) 46,Х,r(X)

**АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ ПРИВОДЯТ К \_\_\_\_\_ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМУ ПОЛОВОМУ РАЗВИТИЮ**

- 1) гетеросексуальному ложному
- 2) изосексуальному ложному
- 3) гонадотропиннезависимому
- 4) гонадотропинзависимому

**ВТОРОЙ ЭТАП ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ У ПЛОДА С КАРИОТИПОМ 46,ХХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ**

- 1) фетальных надпочечников
- 2) мезонефроса
- 3) мюллеровых протоков
- 4) яичников

**ДЛИТЕЛЬНАЯ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У МАЛЬЧИКОВ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) изосексуального преждевременного полового развития
- 2) изолированного адrenaрхе
- 3) увеличению объема яичек
- 4) замедлению темпов роста

**В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК ЭСТРОГЕНА ОТВЕЧАЮТ ЗА РАЗВИТИЕ**

- 1) усиление активности сальных желез
- 2) развитие мышечной массы

- 3) лобкового оволосения
- 4) молочных желез и увеличение матки

### **К ВРОЖДЕННОЙ ФОРМЕ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ СИНДРОМ**

- 1) Прадера-Вилли
- 2) Клайнфельтера
- 3) Шерешевского-Тернера
- 4) Рокитанского-Кюстнера

### **ПРИ НАРУШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА-17 В-ГИДРОКСИСТЕРОИДДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ПРОИСХОДИТ**

- 1) быстрое закрытие зон роста
- 2) вирилизация
- 3) феминизация
- 4) задержка полового созревания

### **К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ХРОМОСОМ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) синдром резистентности к андрогенам
- 2) синдром Шерешевского-Тернера
- 3) ВДКН
- 4) дефицит 5 альфа редуктазы

### **ПРОБУ С КЛОМИФЕН ЦИТРАТОМ ПРОВОДЯТ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ**

- 1) функционального состояния эндометрия у девочек
- 2) функционального состояния гипоталамо-гипофизарной оси у девочек
- 3) лютеиновой фазы цикла
- 4) сроков созревания желтого тела

### **ПРОБА С КЛОСТИЛБЕГИТОМ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ**

- 1) подъеме уровней гонадотропинов на 20-50 %
- 2) снижении уровней гонадотропинов на 20-50 %
- 3) отсутствии изменений уровней гонадотропинов
- 4) подъеме уровня пролактина более чем в 3 раза

### **ТРУДНОСТИ В ОБУЧЕНИИ И ВЫРАЖЕНИИ СВОИХ МЫСЛЕЙ ПРИ ВОЗМОЖНОМ СОХРАННОМ ИНТЕЛЛЕКТЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ**

- 1) МакКьюна-Олбрайта
- 2) Клайнфельтера
- 3) Золлингера-Эллисона
- 4) Иценко-Кушинга

### **ПОД ГИПОГОНАДИЗМОМ У МАЛЬЧИКОВ ПОНИМАЮТ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ ПОСЛЕ (В ГОДАХ)**

- 1) 17
- 2) 15
- 3) 14
- 4) 16

**НАРУШЕНИЯ СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ КАРИОТИПЕ 46 ХХ ОБУСЛОВЛЕННЫ**

- 1) повышением уровня секссвязывающего глобулина
- 2) дефектом рецептора к андрогенам
- 3) дефицитом эстрогенов
- 4) избыточной продукцией андрогенов

**ДЛЯ \_\_\_\_\_ ХАРАКТЕРНО ПРАВИЛЬНОЕ СТРОЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПО МУЖСКОМУ ТИПУ, КРИПТОРХИЗМ, КАРИОТИП 46 ХУ, И НАЛИЧИЕ МАТКИ С ТРУБАМИ**

- 1) дефицита 5 альфа редуктазы
- 2) синдрома резистентности к андрогенам
- 3) синдрома персистенции Мюллеровых протоков
- 4) синдрома Клайнфельтера

**НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ХОРОШЕЙ СТЕПЕНЬЮ ВИРИЛИЗАЦИИ И МАЛЕНЬКИМ ОБЪЕМОМ ЯИЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ**

- 1) Клайнфельтера
- 2) Шерешевского-Тернера
- 3) Прадера-Вилли
- 4) Рокитанского-Кюстнера

**ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ МАССЫ В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ ЗАВИСИТ ОТ КОНЦЕНТРАЦИИ**

- 1) тиреоидных гормонов
- 2) андрогенов
- 3) витамина Д
- 4) гормона роста

**ФОРМИРОВАНИЕ УГЛА МЕЖДУ ШЕЙКОЙ МАТКИ И ТЕЛОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕВОЧЕК МЛАДШЕ 8 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) изолированного телархе
- 2) задержки полового созревания
- 3) преждевременного полового развития
- 4) врожденной дисфункции коры надпочечников

**ЗА ПРЕВРАЩЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА В ЭСТРОГЕНЫ ОТВЕЧАЕТ ФЕРМЕНТ**

- 1) 21-гидроксилаза
- 2) 11-бета гидроксилаза
- 3) эстроген-синтаза

4) ароматаза P450

**УРОВЕНЬ Фолликулостимулирующего гормона у девочек до 1 года**

- 1) ниже, чем у девочек более старшего возраста
- 2) выше у девочек, находящихся на грудном вскармливании
- 3) не отличается от девочек более старшего возраста
- 4) выше, чем у девочек более старшего возраста

**Нарушения строения наружных половых органов при кариотипе 46 XY обусловлены**

- 1) низким уровнем андрогенов
- 2) избыточной продукцией андрогенов
- 3) дефицитом эстрогенов
- 4) повышением уровня секссвязывающего глобулина

**Пациентке, зарегистрированной в женском паспортном поле с синдромом резистентности к андрогенам, состояние после гонадэктомии в пубертатном возрасте показано лечение**

- 1) хорионическим гонадотропином
- 2) эстрогенами
- 3) кетоконазолом
- 4) блокаторами ароматазы

**Проба с ЛГ-РГ в период лечения аналогами ЛГ-РГ проводится \_\_\_\_\_  
очередной инъекции аналога ЛГ-РГ**

- 1) за 2 дня до
- 2) через 2 недели после
- 3) через 1 неделю после
- 4) независимо от времени проведения

**Проба с хорионическим гонадотропином проводится с целью**

- 1) оценки функционального состояния надпочечников
- 2) оценки функционального состояния гипофиза
- 3) оценки функционального состояния тестикул
- 4) исключения гипогонадотропного гипогонадизма

**При нарушении менструального цикла с целью оценки насыщенности организма эстрогенами проводится проба с**

- 1) хорионическим гонадотропином
- 2) синактеном
- 3) прогестероном
- 4) Лг-РГ

**Причиной незначительного увеличения размеров тестикул при ХГЧ-продуцирующих образованиях является**

- 1) изолированное воздействие ХГЧ на клетки Лейдига
- 2) отсутствие стимуляции гонадотропинами
- 3) повреждение ткани яичка
- 4) активирующие соматические мутации

### **ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА**

- 1) мутацией гена андрогенового рецептора
- 2) наличием добавочной X-хромосомы
- 3) резистентностью к гонадотропинам
- 4) транслокацией гена SRY с Y-хромосомы на X

### **ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГОНАДИЗМА У МАЛЬЧИКОВ С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) смеси эфиров тестостерона
- 2) фолликулостимулирующий гормон
- 3) хорионический гонадотропин
- 4) ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа

### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ СИНДРОМЕ МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА У ДЕВОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- 1) эстрогенсекретирующих кист яичников
- 2) активации центрального звена гипофизарно-гонадной оси
- 3) эстрогенсекретирующих эктопических кист
- 4) ХГЧ-секретирующих кист яичников

### **НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РОСТ ВОЛОС ЧЕРЕЗ 1,5–2 ГОДА ПОСЛЕ МЕНСТРУАЦИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Шихана
- 2) Штейна - Левенталя
- 3) Иценко - Кушинга
- 4) Шерешевского - Тёрнера

### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ В ВОЗРАСТЕ ДО \_\_\_ ЛЕТ**

- 1) 11
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 9

### **ДЛЯ МУТАЦИИ ГЕНА DAH1 ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ГИПОГОНАДИЗМА С**

- 1) пигментной ретинопатией
- 2) гипоплазией надпочечников
- 3) двусторонней паховой грыжей
- 4) задержкой умственного развития

### **ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ТЕЛАРХЕ ПО ДАННЫМ УЗИ МАЛОГО ТАЗА**

- 1) матка будет иметь допубертатные размеры
- 2) характерны мультифолликулярные яичники
- 3) будет определяться М-эхо более 3 мм
- 4) характерно формирование угла между шейкой и маткой

### **ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АРОМАТАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С КАРИОТИПОМ 46 ХУ БУДЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ**

- 1) гетеросексуальным половым развитием
- 2) высоким конечным ростом
- 3) неправильным строением наружных половых органов
- 4) наличием дериватов мюллеровых протоков

### **РЕБЕНКУ С ПРОМЕЖНОСТНОЙ ФОРМОЙ ГИПОСПАДИИ КОНСУЛЬТАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГА РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- 1) после достижения возраста 5 лет
- 2) после достижения годовалого возраста
- 3) в первые 6 месяцев жизни
- 4) в период от 2 до 3 лет

### **НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЕМ СТЕРОИДОГЕНЕЗА НАСЛЕДУЮТСЯ**

- 1) Х-сцеплено
- 2) доминантно-негативно
- 3) аутосомно-доминантно
- 4) аутосомно-рецессивно

### **К ХРОМОСОМНОЙ ФОРМЕ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ОТНОСИТСЯ**

- 1) синдром рудиментарных яичек
- 2) 46XX/46XY
- 3) фетоплацентарное НФП
- 4) синдром резистентности к андрогенам

### **К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ СТЕРОИДОГЕНЕЗА, ОТНОСИТСЯ**

- 1) синдром резистентности к андрогенам
- 2) синдром Клайнфельтера
- 3) синдром Шерешевского-Тернера
- 4) дефицит 17 в-гидроксистероиддегидрогеназы

### **НАСТУПЛЕНИЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ НАЧИНАЕТСЯ С**

- 1) увеличения полового члена в длину
- 2) увеличения яичек
- 3) мутации голоса

4) пигментации мошонки

**СИНДРОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНДРОГЕНАМ ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТОВ С КАРИОТИПОМ**

- 1) 47 ХХУ
- 2) 46 ХХ
- 3) 46 ХУ
- 4) 47 ХХХ

**ЛОЖНОЕ (ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) секрецией половых гормонов опухолью половых желез или надпочечниками
- 2) активацией гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси
- 3) декомпенсацией первичного гипотиреоза
- 4) активирующими соматическими мутациями гена GNAS1

**ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ (ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ) МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ**

- 1) кори
- 2) скарлатины
- 3) ветряной оспы
- 4) эпидемического паротита

**ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ФОРМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) супрессивного теста с дексаметазоном
- 2) мультистероидного анализа крови
- 3) 3-х дневной пробы с хорионическим гонадотропином
- 4) пробы с аналогами гонадотропин-релизинг гормона

**СОЧЕТАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПРИ КАРИОТИПЕ 46ХУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) ароматазы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) 17 $\alpha$ -гидроксилазы
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилазы

**В ЛЮТЕИНОВУЮ ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НАРАСТАЕТ ПРОДУКЦИЯ**

- 1) прогестерона
- 2) эстрадиола
- 3) кортизола
- 4) пролактина

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ХАРАКТЕРЕН**

- 1) преждевременное гонадотропинзависимое половое развитие
- 2) гипергонадотропный гипогонадизм
- 3) гипогонадотропный гипогонадизм
- 4) преждевременное гонадотропиннезависимое половое развитие

### **СИНТЕЗ ТЕСТОСТЕРОНА В ЯИЧКАХ СТИМУЛИРУЕТ ГОРМОН**

- 1) пролактин
- 2) кортикотропин
- 3) фолликулостимулирующий
- 4) лютеинизирующий

### **ПРИ АКТУАЛЬНОСТИ ВОПРОСА ФЕРТИЛЬНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ВТОРИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ НАЗНАЧАЮТ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩУЮ**

- 1) фолликулостимулирующий гормон и хорионический гонадотропин
- 2) лютеинизирующий гормон и препараты блокаторов ароматазы
- 3) аналог гонадотропин-рилизинг гормона и тестостерона пропионат
- 4) ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа и тестостерона ундеканат

### **ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА СВАЙЕРА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) патогенные варианты CYP21
- 2) делеции и патогенные варианты гена SRY
- 3) патогенные варианты гена AR
- 4) патогенные варианты гена SRD5A2

### **К ГРУППЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) дефицит 3 $\alpha$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 2) дефицит Star протеина
- 3) синдром С.Шерешевского-Тернера
- 4) дефицит-5 альфа редуктазы

### **РАЗВИТИЕ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ**

- 1) Прадера-Вилли
- 2) Шерешевского-Тернера
- 3) Клайнфельтера
- 4) Нунан

### **К ВРОЖДЕННОЙ ФОРМЕ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ СИНДРОМ**

- 1) Рокитанского-Кюстнера
- 2) Клайнфельтера
- 3) Барде-Бидля
- 4) Шерешевского-Тернера

## Щитовидная железа

[Вернуться в начало](#)

**ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ УЗИ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД \_\_\_\_\_, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- 1) эластографии
- 2) контрастирования
- 3) 3D-УЗИ
- 4) ангиографии

**ПРИ МЕДУЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДОВАНО**

- 1) цитостатическая химиотерапия
- 2) применение аналогов соматостатина
- 3) проведение радиоiodтерапии
- 4) хирургическое лечение

**В ОТЛИЧИЕ ОТ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ПРИ ТИРЕОИДИТЕ РИДЕЛЯ ОТСУТСТВУЕТ**

- 1) лимфоидная инфильтрация
- 2) выраженный фиброз ткани щитовидной железы
- 3) инвазия фиброзной тканью в окружающие ткани
- 4) огрубление голоса и афония

**ВЕРОЯТНОСТЬ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫСОКАЯ (БОЛЕЕ 80%) ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ДАННЫМ УЗИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕГО КАТЕГОРИИ \_\_\_\_ СОГЛАСНО СИСТЕМЕ КЛАССИФИКАЦИИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПО TI-RADS (2009-2016)**

- 1) 5
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 1

**ДЕТЯМ С МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИ ДОКАЗАННЫМ СИНДРОМОМ МЭН2В РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ В ВОЗРАСТЕ**

- 1) от 1 до 6 мес
- 2) от 6 до 12 мес
- 3) от 1 года до 5 лет
- 4) после 5 лет

**ПРЕОБЛАДАНИЕ ДЛИНЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ШИРИНОЙ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ (ОВАЛЬНАЯ ФОРМА) С УЧЕТОМ ВСЕХ ДРУГИХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОСИТСЯ К ПРИЗНАКУ \_\_\_\_\_ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) злокачественного
- 2) доброкачественного
- 3) папиллярного
- 4) медуллярного

### **ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ПЕНДРЕДА**

- 1) X-сцепленный доминантный
- 2) X-сцепленный рецессивный
- 3) аутосомно-доминантный
- 4) аутосомно-рецессивный

### **СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-59 МЕСЯЦЕВ В ЙОДЕ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ, СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)**

- 1) 150
- 2) 200
- 3) 120
- 4) 90

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТЕРАПИИ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ ( $^{131}\text{I}$ ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) рецидив тиреотоксикоза на фоне консервативной терапии
- 2) зоб большого размера (масса щитовидной железы  $> 80$  г)
- 3) детский возраст до двенадцати лет
- 4) послеоперационный рецидив тиреотоксикоза

### **ФОРМИРОВАНИЕ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) болезни Грейвса
- 2) синдроме DICER
- 3) болезнь Пендредда
- 4) тиреоидите Хашимото

### **ПРИ НАРУШЕНИИ СИНТЕЗА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ВЫЗВАННЫХ ДЕФЕКТОМ ТРАНСПОРТА ИОДИДА, ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) повышение захвата радиоактивного йода слюнными железами на 50%
- 2) повышение захвата радиоактивного йода слюнными железами на 25%
- 3) повышение захвата радиоактивного йода слюнными железами на 10%
- 4) уменьшение захвата радиоактивного йода слюнными железами

### **ПРИНЦИПАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ТИРЕОТОКСИКОЗА ПРИ ДТЗ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) снижение функциональной нагрузки на органы зрения
- 2) применение схемы «титрации дозы» в терапии
- 3) отсутствие системных осложнений тиреотоксикоза
- 4) регулярность и длительность тиреостатической терапии

### **ДЕФИЦИТ СЕЛЕНА ВЫЗЫВАЕТ НАРУШЕНИЯ**

- 1) при преобразовании тироксина (Т4) в трийодтиронин (Т3)
- 2) при присоединении йода к тирозильному радикалу
- 3) транспорта йодида в клетки щитовидной железы
- 4) органификации йода в щитовидной железе

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ЛИМФУЗЛА У ПАЦИЕНТА С ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ СМЫВ С ПУНКЦИОННОЙ ИГЛЫ НА**

- 1) кальцитонин
- 2) тиреоглобулин
- 3) тиреопероксидазу
- 4) паратгормон

**ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА (150 МКГ В СУТКИ) ВОЗ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОВЕТ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ЙДЗ РЕКОМЕНДУЮТ ДОБАВЛЕНИЕ В СРЕДНЕМ ОТ \_\_\_\_\_ МГ ЙОДА НА КГ СОЛИ**

- 1) 40 до 50
- 2) 20 до 60
- 3) 10 до 20
- 4) 20 до 40

**ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ**

- 1) диффузный эутиреоидный зоб
- 2) одноузловой эутиреоидный зоб
- 3) многоузловой эутиреоидный зоб
- 4) функциональная автономия ЩЖ

**ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) среднетяжелым течением со склонностью к абсцедированию
- 2) хроническим течением с выраженной аутоиммунной агрессией
- 3) среднетяжелым течением со склонностью к рецидивам воспаления
- 4) мягким течением с самопроизвольным выздоровлением

**СЛУЧАИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПРЯМЫХ РОДСТВЕННИКОВ, ВКЛЮЧАЯ ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

- 1) сцинтиграфии органов шеи
- 2) УЗИ органов шеи
- 3) мульти спиральной компьютерной томографии органов шеи
- 4) МРТ органов шеи

**ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) злокачественными

- 2) доброкачественными
- 3) неблагоприятными
- 4) солидными

### **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО КРЕТИНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) гемипарез или тетрапарез
- 2) нарушения походки, координации движений
- 3) атетоз, хореоатетоз
- 4) псевдобульбарного синдрома

### **МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) УЗИ органов шеи
- 2) сцинтиграфия щитовидной железы в сочетании с однофотонной эмиссионной томографией
- 3) рентгенография пищевода с бариевой взвесью
- 4) МРТ органов шеи

### **УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФУЗЛОВ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) карциному щитовидной железы
- 2) функциональную автономию узла щитовидной железы
- 3) аденому паращитовидной железы
- 4) эктопию ткани тимуса в щитовидную железу

### **ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПРИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) гомозиготные мутации TR $\beta$
- 2) гомозиготные мутации TR $\beta$
- 3) гетерозиготные мутации TR $\beta$
- 4) гетерозиготные мутации TR $\alpha$

### **СТАРТОВАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ СОСТАВЛЯЕТ (МКГ/КГ/СУТКИ)**

- 1) 1,6
- 2) 0,9
- 3) 1,8
- 4) 2

### **ДЛИТЕЛЬНЫЙ НЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ УСТАНОВЛЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ ЭНДОКРИННОЙ**

- 1) энцефалопатии
- 2) офтальмопатии
- 3) нефропатии

4) артропатии

**УВЕЛИЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) доброкачественного
- 2) злокачественного
- 3) фолликулярного
- 4) коллоидного

**К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТ**

- 1) тахикардию, повышенную возбудимость, жидкий стул
- 2) слабость, снижение аппетита, брадикардию
- 3) отёки, запоры, тошноту
- 4) рвоту, боли в животе, заторможенность

**ПРИ НАЛИЧИИ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА КАКИЕ УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЫБИРАЮТСЯ ДЛЯ ТАБ?**

- 1) проводится ТАБ узлового образования, имеющего максимальное количество признаков злокачественности
- 2) проводится ТАБ всех узловых образований
- 3) проводится ТАБ узловых образований, имеющих УЗ признаки злокачественности
- 4) ТАБ не проводится, достаточно провести динамическое УЗИ

**ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА «МОЗГ-ЛЕГКИЕ-ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА»**

- 1) X-сцепленный доминантный
- 2) X-сцепленный рецессивный
- 3) аутосомно-рецессивный
- 4) аутосомно-доминантный

**ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ ФОЛЛИКУЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫЗЫВАЮТ АНТИТЕЛА К**

- 1) рецептору ТТГ блокирующие
- 2) рецептору ТТГ стимулирующие
- 3) тиреоглобулину
- 4) тиреопероксидазе

**РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕОБЛАДАЕТ У**

- 1) детей любого пола
- 2) лиц мужского пола
- 3) лиц женского пола
- 4) подростков любого пола

**ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- 1) УЗИ органов шеи
- 2) мультиспиральная компьютерная томография органов шеи с контрастным усилением
- 3) мультиспиральная компьютерная томография органов шеи без контрастного усиления
- 4) МРТ органов шеи

**СОЧЕТАНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕВРИНОМАМИ СЛИЗИСТОЙ РТА И «МАРФАНОИДНЫМ» ТЕЛОСЛОЖЕНИЕМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ**

- 1) МЭН 1А
- 2) МЭН 1Б
- 3) МЭН 2А
- 4) МЭН 2Б

**МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТИАМАЗОЛОМ У ДЕТЕЙ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ**

- 1) 36 месяцев
- 2) 6-12 месяцев
- 3) 3-6 месяцев
- 4) 3-5 лет

**РАЗВИТИЕ СИНДРОМА АЛЛАНА-ХЕРНДОНА-ДАДЛИ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) нарушением транспорта тиреоидных гормонов
- 2) резистентностью к ТТГ
- 3) дефектом биосинтеза тиреоидных гормонов
- 4) нарушением закладки щитовидной железы

**ПАЦИЕНТУ С ДОКАЗАННЫМ СИНДРОМОМ МЭН2 ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА ПОКАЗАНО**

- 1) радиоiodтерапия
- 2) наблюдение в динамике
- 3) проведение гемитиреоидэктомии
- 4) проведение тиреоидэктомии с центральной лимфодессекцией

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВАН-ВИКА ? ГРОМБАХА ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ**

- 1) параовариальная киста
- 2) фибромы яичников
- 3) кистозно измененные яичники
- 4) свободная жидкость в дугласовом пространстве

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К**

- 1) проведению повторного хирургического лечения

- 2) терапии радиоактивным йодом
- 3) назначению  $\beta$ -адреноблокаторов
- 4) возобновлению тиреостатической терапии

### **НЕКОТОРЫЕ ДЕТИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПОЛУЧАЮТ ЛЕЧЕНИЕ**

- 1) тиреостатиками
- 2) левотироксином
- 3) трийодтироуксусной кислотой (TRIAС)
- 4) препаратами йода

### **В ПОПУЛЯЦИЯХ С ДОСТАТОЧНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ ЙОДА ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ТТГ ВЫШЕ 5 ММЕ/Л ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ \_\_\_\_\_% НОВОРОЖДЕННЫХ**

- 1) менее 10
- 2) не более 15
- 3) не более 5
- 4) менее 3

### **ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА НАРУШЕНИЕ ОРГАНИФИКАЦИИ ЙОДА СЛУЖИТ ПРОБА С**

- 1) тиролиберином
- 2) перхлоратом или тиоцианидом калия
- 3) голоданием
- 4) пентагастрином

### **РИСК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TI-RADS КАТЕГОРИЯ 5 СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) более 80
- 2) 10-80
- 3) 5-10
- 4) 0

### **НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ТИАМАЗОЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ИСХОДЯ ИЗ**

- 1) веса пациента
- 2) объема щитовидной железы
- 3) степени супрессии ТТГ
- 4) уровня антител к рецепторам ТТГ

### **РИСК РЕЦИДИВА ТИРЕОТОКСИКОЗА СНИЖЕН**

- 1) при снижении уровня АТ-рТТГ к 6 месяцу лечения
- 2) при высоком уровне АТ-рТТГ в момент дебюта заболевания
- 3) в раннем возрасте на момент дебюта заболевания (особенно до 5 лет)
- 4) при большом объеме щитовидной железы в момент дебюта заболевания (более чем в 2,5 раза превышающем верхнюю границу нормы для соответствующего

возраста)

**К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ОТНОСИТСЯ**

- 1) гиперпигментация кожных покровов в области суставов
- 2) частая, обильная рвота
- 3) низкая масса тела при рождении
- 4) затянувшаяся желтуха

**ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ \_\_\_\_\_ БУДЕТ ИМЕТЬ АНЭХОГЕННУЮ СТРУКТУРУ**

- 1) метастаз папиллярного рака
- 2) лимфогранулематоз
- 3) лимфаденопатия
- 4) киста

**ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЭТИОЛОГИИ**

- 1) бактериальной
- 2) вирусной
- 3) аутоиммунной
- 4) паразитарной

**ДЛЯ КАТЕГОРИИ TI-RADS 1 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ**

- 1) показатели злокачественного узлового образования
- 2) показатели доброкачественного узлового образования
- 3) нормальные показатели структуры, эхогенности
- 4) показатели возможно злокачественного узлового образования

**ЯТРОГЕННЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЕМА**

- 1) амикацина
- 2) амлодипина
- 3) амиодарона
- 4) ампицилина

**ГОРМОНАЛЬНЫМ МАРКЕРОМ ПОЛНОЙ АПЛАЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) снижение уровня кальцитонина
- 2) снижение уровня тиреоглобулина
- 3) повышение уровня антител к ТПО
- 4) повышение уровня Т4 свободного

**ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕГО 3 КАТЕГОРИИ СОГЛАСНО СИСТЕМЕ КЛАССИФИКАЦИИ TI-RADS И ОБЛАДАЮЩЕГО ВЫСОКОЙ СКОРОСТЬЮ РОСТА (БОЛЕЕ 30-50% ЗА 6**

### **МЕСЯЦЕВ), НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) повторного УЗИ через 6 месяцев
- 2) тонкоигольной аспирационной биопсии через 6 месяцев
- 3) повторного УЗИ через 3 месяца
- 4) тонкоигольной аспирационной биопсии

### **МАНИФЕСТАЦИИ ОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ**

- 1) проведение плановой профилактической иммунизации
- 2) длительное и массивное оперативное вмешательство
- 3) воспаление верхних дыхательных путей
- 4) сильное психоэмоциональное потрясение

### **УСКОРЕНИЕ РОСТА УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЙ**

- 1) злокачественных
- 2) доброкачественных
- 3) благоприятных
- 4) коллоидных

### **РАЗВИТИЕ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ПРИ СИНДРОМЕ ПЕНДРЕДА ЗАВИСИТ ОТ ПЕНЕТРАНТНОСТИ ГЕНА**

- 1) TPO
- 2) SLC26A4
- 3) TG
- 4) NIS

### **КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипертермия
- 2) пастозность
- 3) микроцефалия
- 4) мышечный гипертонус

### **СЕМЕЙНЫЕ ФОРМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ \_\_\_\_\_ ТИРЕОИДИТА**

- 1) острого негнойного
- 2) подострого вирусного
- 3) специфического
- 4) аутоиммунного

### **ПРИ СНИЖЕНИИ АКТИВНОСТИ 1-5'ДЕЙОДИНАЗЫ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЕ АКТИВНОГО ТРИЙОДТИРОНИНА (Т3) ИЗ**

- 1) уменьшается; тироксина (Т4)
- 2) повышается; дийодтирозинов
- 3) повышается; монойодтирозинов
- 4) уменьшается; реверсивного Т3

**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) оперативное лечение
- 2) лучевая терапия
- 3) полихимиотерапия
- 4) таргетная терапия

**СЛЕДСТВИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) эндогенный гипотиреоз
- 2) ТТГ-зависимый гипертиреоз
- 3) эндогенный гипертиреоз
- 4) повышение уровня тироксин-связывающего глобулина

**УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ**

- 1) определения уровня альфа фетопротейна
- 2) проведения рентгенографии органов грудной клетки
- 3) проведения тонкоигольной аспирационной биопсии
- 4) определения уровня ракового эмбрионального антигена

**МИКРОКАЛЬЦИФИКАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) злокачественным
- 2) благоприятным
- 3) доброкачественным
- 4) клинически незначимым

**В ПОПУЛЯЦИЯХ С ДОСТАТОЧНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ ЙОДА МЕДИАНА УРОВНЯ ТИРЕОГЛОБУЛИНА В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/Л)**

- 1) менее 13
- 2) менее 15
- 3) менее 2
- 4) менее 21

**ИНТЕРВАЛ НЕОБХОДИМОГО И ДОСТАТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ СЕЛЕНА СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/СУТКИ)**

- 1) 250-300
- 2) 210-250
- 3) 50-200
- 4) 25-50

**ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ УРОВНИ Т4 И Т3 \_\_\_\_\_; УРОВЕНЬ ТТГ \_\_\_\_\_**

- 1) повышены; нормальный
- 2) повышены; снижен
- 3) снижены; снижен

4) повышены; повышен

**ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПОТИРОКСИНЕМИИ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕ ЙОДА В СУТКИ (В МКГ)**

- 1) 250-300
- 2) 100-150
- 3) 150-200
- 4) 200-250

**К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ПОСТУПЛЕНИЯ ЙОДА В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ**

- 1) воздух – 50%
- 2) продукты животного происхождения – 70%
- 3) продукты растительного происхождения - 60%
- 4) вода – 80%

**РИСК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TI-RADS КАТЕГОРИЯ 4А СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 10-80
- 2) 0
- 3) 5-10
- 4) менее 5

**ВЫСОКОЭХОГЕННАЯ, НЕОДНОРОДНАЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ У РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ**

- 1) злокачественного поражения щитовидной железы
- 2) диффузного токсического зоба
- 3) врожденного гипотиреоза
- 4) аутоиммунного тиреоидита

**В СИНТЕЗЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ УЧАСТВУЕТ**

- 1) пероксидаза
- 2) 5-альфа-редуктаза
- 3) 21-гидроксилаза
- 4) 1-альфа-гидроксилаза

**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ КЛАССИФИКАЦИЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКОВ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ**

- 1) CAS
- 2) BI-RADS
- 3) TI-RADS
- 4) BETHESDA

**ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ РАЗМЕРОВ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- 1) ультразвуковой метод
- 2) тиреосцинтиграфия
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) эластография

**С ЦЕЛЬЮ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЭКТОПИРОВАННОЙ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АБСОЛЮТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ**

- 1) ультразвуковое исследование
- 2) сцинтиграфия с  $^{99}\text{Tc}$  или  $^{125}\text{I}$
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) компьютерная томография

**ВЕРХНЕЕ ДОПУСТИМОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДНЕВНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА У ДЕТЕЙ 14-18 ЛЕТ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ, СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)**

- 1) 700
- 2) 900
- 3) 500
- 4) 600

**КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРОВОДИТЬ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА УЗЛОВЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) экзогенность
- 2) размер
- 3) эхоструктура
- 4) кровоток

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЦИНТИГРАФИИ УРОВЕНЬ ЗАХВАТА РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА БУДЕТ**

- 1) диффузно повышенным
- 2) локальное повышенное накопление РФП («горячий» узел)
- 3) неоднородным с участками повышенного и пониженного накопления
- 4) диффузно сниженным

**БОЛЬ, ЭРИТЕМА, ЛИХОРАДКА И ОТЁК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТИРЕОИДИТА**

- 1) специфического
- 2) подострого
- 3) острого
- 4) хронического

**ОДНИМ ИЗ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) расстройство цветового зрения
- 2) снижение остроты зрения

- 3) диплопия
- 4) гемианопсия

### **ТЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА В ФАЗЕ ЭУТИРЕОЗА**

- 1) с симптомами общего недомогания
- 2) бессимптомное
- 3) с явлениями тахи – или брадикардии
- 4) с симптомами дискомфорта в области шеи

### **ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У \_\_\_\_\_ ВОЗРАСТА**

- 1) детей младшего школьного
- 2) мужчин среднего
- 3) женщин среднего
- 4) детей подросткового

### **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЙОДСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТ НЕ МЕНЕЕ, ЧЕМ НА (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 6
- 2) 8
- 3) 10
- 4) 12

### **ПРИ ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ 3-5'ДЕЙОДИНАЗЫ**

- 1) уменьшается образование реверсивного Т3 из Т4 (тироксина)
- 2) повышается образование неактивного трийодтиронина (Т3) из дийодтирозинов
- 3) повышается образование неактивного трийодтиронина (rТ3) из тироксина (Т4)
- 4) повышается образование неактивного трийодтиронина (Т3) из монойодтирозинов

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ТИАМАЗОЛА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/КГ/СУТ)**

- 1) 0,2-0,5
- 2) 0,1-0,2
- 3) 1,0-5,0
- 4) 5,0-10,0

### **МАКРОГЛОССИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) гайморите
- 2) пневмонии
- 3) отите
- 4) микседеме

### **ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕЛКИХ ОЧАГОВ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЁГКИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ \_\_\_\_\_ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

- 1) КТ
- 2) рентгенографию
- 3) МРТ
- 4) УЗИ

### **ЙОДОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ УСИЛИТЬ ДЕФИЦИТ**

- 1) цинка
- 2) марганца
- 3) селена
- 4) молибдена

### **РИСК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TI-RADS КАТЕГОРИЯ 4Б СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 5-10
- 2) более 80
- 3) 10-80
- 4) более 95

### **КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ ШЕИ?**

- 1) лежа на животе
- 2) сидя на кушетке
- 3) лежа на спине с запрокинутой головой
- 4) лежа на боку

### **КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МЕТАСТАЗОВ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЁГКИХ?**

- 1) компьютерная томография
- 2) ультразвуковая диагностика
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) сцинтиграфия с  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом

### **ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ, ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ, СНИЖЕННОЙ ЭХОГЕННОСТИ С КАЛЬЦИФИКАТАМИ ВО ВНУТРЕННЕЙ ЭХОСТРУКТУРЕ ПО ДАННЫМ УЗИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) псевдоузла при аутоиммунном поражении щитовидной железы
- 2) злокачественного образования
- 3) эктопированной ткани тимуса
- 4) коллоидного активно пролиферирующего зоба

### **ДИФFUЗНЫЙ ЭУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ГИПЕРПЛАЗИИ КЛЕТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КОТОРАЯ ОБУСЛОВЛЕНА ДВУМЯ ОСНОВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ**

- 1) выпадением ингибирующего влияния ТТГ и ингибирующим действием йода
- 2) выпадением ингибирующего влияния ТТГ и стимулирующим действием ТТГ
- 3) выпадением ингибирующего влияния йода и ингибирующим действием ТТГ
- 4) выпадением ингибирующего влияния йода и стимулирующим действием ТТГ

### **ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПОМИМО ЗОБА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ**

- 1) повышенную кровоточивость
- 2) эпизоды брадикардии
- 3) задержку физического и полового развития
- 4) эпизоды гипотермии

### **СОХРАННОСТЬ КАПСУЛЫ, ЧЕТКИЕ КОНТУРЫ, ОВАЛЬНАЯ ФОРМА, НАЛИЧИЕ ОТГРАНИЧЕННОГО ГИПОЭХОГЕННОГО ОБОДКА, ОСУТСТВИЕ КАЛЬЦИФИКАТОВ, ГИПОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В РЕЖИМЕ ЦДК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) папиллярного рака щитовидной железы
- 2) доброкачественного образования (узловое коллоидное зоба)
- 3) псевдо-узла при аутоиммунном поражении щитовидной железы
- 4) медуллярного рака щитовидной железы

### **ДЛЯ УСПЕШНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ДЕТЯМ С ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ НЕОБХОДИМО ДОСТИЖЕНИЕ**

- 1) субклинического тиреотоксикоза
- 2) стойкого эутиреоза
- 3) стойкого гипотиреоза
- 4) субклинического гипотиреоза

### **ПРИ РАНЕЕ ПРОЛЕЧЕННОЙ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АДЕНОМЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЪЕМЕ ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИИ ПОКАЗАНО РЕГУЛЯРНОЕ**

- 1) определение уровня сывороточного тиреоглобулина
- 2) определение уровня аутоантител к тиреопероксидазе
- 3) определение уровня сывороточного кальцитонина
- 4) проведение УЗИ органов шеи

### **КАКОЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭКОНОМИЧЕСКИ ВЫГОДЕН И ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ДИНАМИКУ РОСТА УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ?**

- 1) мульти спиральная компьютерная томография
- 2) сцинтиграфия
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) магнитно-резонансная томография

### **РИСК РЕЦИДИВА ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОВЫШЕН ПРИ**

- 1) высоком уровне АТ-рТТГ в момент дебюта заболевания
- 2) наличии эндокринной офтальмопатии

- 3) высоком индексе массы тела
- 4) маленьком объеме щитовидной железы

### **СПЕЦИФИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ МАРКЕРОМ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К**

- 1) рецептору ТТГ
- 2) тиреоглобулину
- 3) тиреопероксидазе
- 4) цинковому транспортёру

### **УЗЛОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НЕЧЕТКИМИ «ИЗЪЕДЕННЫМИ» КОНТУРАМИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ**

- 1) низкодифференцированным раком щитовидной железы
- 2) доброкачественным
- 3) злокачественным
- 4) медуллярным раком

### **ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ TI-RADS 4 ПО ДАННЫМ УЗИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) тиреосцинтиграфии с натрия пертехнетат 99mTc
- 2) повторного УЗИ через 6-12 месяцев
- 3) срочной биопсии
- 4) плановой биопсии

### **ВЫРАБОТКА АНТИТЕЛ К РЕЦЕПТОРУ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА (АТ-РТТГ) ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА**

- 1) диффузного токсического зоба
- 2) хронического аутоиммунного тиреоидита
- 3) функциональной автономии щитовидной железы
- 4) резистентности к тиреоидным гормонам

### **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОД ЦВЕТОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ**

- 1) эхогенности
- 2) расположения образования
- 3) размеров
- 4) кровотока

### **НАЛИЧИЕ 4 ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИЗ 5 ПО ДАННЫМ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_ КАТЕГОРИИ СОГЛАСНО СИСТЕМЕ КЛАССИФИКАЦИИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПО TI-RADS (2009-2016 ГГ)**

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 3

4) 1

**ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ УРОВНЕ ТТГ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ ПО ДАННЫМ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА БОЛЕЕ 100 МКЕД/МЛ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) незамедлительное назначение заместительной терапии левотироксином натрия
- 2) повторное определение уровня ТТГ из того же образца крови
- 3) повторное определение уровня ТТГ из нового образца капиллярной крови
- 4) динамическое наблюдение пациента, исследование уровня ТТГ через 6 месяцев

**НАЛИЧИЕ ИНТРОНОДУЛЯРНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЕТСЯ С БОЛЬШОЙ ДОЛЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ПРИЗНАКОМ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) коллоидного активно пролиферирующего
- 2) доброкачественного
- 3) злокачественного
- 4) фолликулярного

**МЕТОДОМ ВЫБОРА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ПАПИЛЛЯРНОМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОЛЕЧЕННОГО В ОБЪЕМЕ ГЕМИТИРЕОДЭКТОМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) УЗИ органов шеи
- 2) уровень сывороточного тиреоглобулина
- 3) уровень аутоантител к тиреоглобулину
- 4) сцинтиграфия всего тела

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСГЕНЕЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ 1 НА \_\_\_\_\_ НОВОРОЖДЕННЫХ**

- 1) 1 на 3000
- 2) 1 на 4000
- 3) 1 на 6000
- 4) 1 на 5000

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЦИНТИГРАФИИ С  $^{123}\text{I}$  У ПАЦИЕНТОВ С АВТОНОМИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) локальное усиление захвата радиоизотопа
- 2) диффузное снижение захвата радиоизотопа всей железой
- 3) локальное снижение захвата радиоизотопа
- 4) диффузное усиление захвата радиоизотопа всей железой

**В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПЕНДРИН ОБЕСПЕЧИВАЕТ**

- 1) органификацию йода в коллоиде тиреоцитов
- 2) транспорт ионов йода через апикальную мембрану тиреоцитов
- 3) дейодирование Т4 в реверсивный Т3
- 4) йодирование тирозина с образованием йодтиронинов

**ИСТИННЫЕ КИСТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ К \_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯМ**

- 1) быстро растущим
- 2) неблагоприятным
- 3) доброкачественным
- 4) злокачественным

**ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперплазия щитовидной железы
- 2) гипоплазия щитовидной железы
- 3) многоузловой эутиреоидный зоб
- 4) поликистоз щитовидной железы

**ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕГО 4 КАТЕГОРИИ СОГЛАСНО СИСТЕМЕ КЛАССИФИКАЦИИ TI-RADS, НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) повторного УЗИ через 6 месяцев
- 2) тонкоигольной аспирационной биопсии через 6 месяцев
- 3) повторного УЗИ через 3 месяца
- 4) тонкоигольной аспирационной биопсии

**ПАЦИЕНТАМ С МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) МРТ головного мозга
- 2) КТ шеи и органов грудной клетки
- 3) сцинтиграфии скелета
- 4) УЗИ органов малого таза

**ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ГРУППОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВО ВСЕМ МИРЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В ВИДЕ**

- 1) таблетированных препаратов йодида калия
- 2) таблетированных препаратов йодата калия
- 3) водного раствора Люголя
- 4) раствора Люголя с глицерином

**НОРМАЛЬНАЯ ПРОДУКЦИЯ ТИРОКСИНА ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЁТ ВЫСОКОГО УРОВНЯ**

- 1) ТТГ
- 2) тиреолиберина
- 3) трийодтиронина
- 4) тиреоглобулина

**ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОГО**

## **ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) синдром слабости синусового узла
- 2) тахикардия
- 3) брадикардия
- 4) АВ-блокада

## **ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, К КОТОРОМУ ПРИВОДИТ ОТСУТСТВИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) оптическая атаксия
- 2) детский церебральный паралич
- 3) необратимая умственная отсталость
- 4) спинальная мышечная атрофия 1 типа

## **С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) рентгенографии органов грудной клетки
- 2) эластографии
- 3) сцинтиграфии щитовидной железы
- 4) УЗИ лимфатических узлов шеи

## **МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) диффузно-токсическом зобе
- 2) аутоиммунном тиреоидите
- 3) йодной недостаточности
- 4) злокачественном поражении

## **ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРЕДСТАВЛЕНА**

- 1) незначительным количеством мелких фолликулов, практически не содержащих коллоида
- 2) множеством мелких фолликулов, практически не содержащих коллоида
- 3) крупными фолликулами, содержащими небольшое количество коллоида
- 4) крупными фолликулами, содержащими большое количество коллоида

## **КИСТОЗНАЯ ЖИДКОСТЬ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ДАННЫМ УЗИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) анэхогенной
- 2) гипоэхогенной
- 3) изоэхогенной
- 4) гиперэхогенной

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА, ОБУСЛОВЛЕННОГО НАРУШЕНИЕМ БИОСИНТЕЗА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ СОСТАВЛЯЕТ 1 НА \_\_\_\_\_ НОВОРОЖДЕННЫХ**

- 1) 90000-100000
- 2) 60000-70000

- 3) 30000-50000
- 4) 10000-20000

**ПРИ НАРУШЕНИИ СИНТЕЗА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ВЫЗВАННЫХ ДЕФЕКТОМ ТРАНСПОРТА ИОДИДА, ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) полное отсутствие или уменьшение захвата радиоактивного йода ЩЖ
- 2) повышение захвата радиоактивного йода ЩЖ на 10%
- 3) повышение захвата радиоактивного йода ЩЖ на 25%
- 4) повышение захвата радиоактивного йода ЩЖ на 50%

**ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ЙОДА С ПИЩЕЙ СТЕПЕНЬ ПОГЛОЩЕНИЯ <sup>131</sup>I ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 40-50
- 2) 50-60
- 3) 30-40
- 4) 20-30

**ИЗ С-КЛЕТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ РАК**

- 1) фолликулярный
- 2) анапластический
- 3) папиллярный
- 4) медуллярный

**ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ МАКЬЮНА-ОЛБРАЙТА БРАЙЦЕВА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ**

- 1) папиллярного рака
- 2) аутоиммунного поражения
- 3) медуллярного рака
- 4) доброкачественного узлового образования

**УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) щитовидная железа уменьшена в размере, определяются множественные анэхогенные включения
- 2) «облаковидные» зоны пониженной эхогенности
- 3) диффузное снижение эхогенности ткани щитовидной железы
- 4) множественные узловые образования неправильной формы, пониженной эхогенности

**КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ВАН-ВИКА ? ГРОМБАХА У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) уменьшение размеров полового члена
- 2) водянка оболочек яичка
- 3) макроорхизм

4) ложный крипторхизм

**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТТГ И Т4 СВОБОДНОГО НА ФОНЕ ОТМЕНЫ ТЕРАПИИ ЛЕВОТИРОКСИНОМ НАТРИЯ, С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОГО И ПЕРМАНЕНТНОГО ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 12
- 2) 3
- 3) 6
- 4) 9

**СИНДРОМА ВАН-ВИКА – ГРОМБАХА ОБУСЛОВЛЕН ДЛИТЕЛЬНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ**

- 1) гиперкортицизма
- 2) вторичного гипотиреоза
- 3) первичного гипотиреоза
- 4) тиреотоксикоза

**С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КОНТРОЛЬ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЕТЯМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ»?**

- 1) 1 раз в 12 месяцев
- 2) 1 раз в 6 месяцев
- 3) 1 раз в 18 месяцев
- 4) 1 раз в 24 месяца

**КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВОДИТЬ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С ВЫЯВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА DICER?**

- 1) ультразвуковое исследование
- 2) сцинтиграфия
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) компьютерная томография

**ОКРУГЛАЯ ФОРМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) фолликулярного
- 2) коллоидного
- 3) доброкачественного
- 4) злокачественного

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ТИРЕОИДИТЕ ЧАЩЕ ЗАХВАТЫВАЕТ**

- 1) один сегмент
- 2) одну долю

- 3) обе доли и перешеек
- 4) две доли

**СЕМЕЙСТВО СЕЛЕНСОДЕРЖАЩИХ ОКСИДОРЕДУКТАЗ ПРЕДСТАВЛЕНО 3 ТИПАМИ ЙОДТИРОНИН ДЕЙДИНАЗ (D1, D2, D3), КОТОРЫЕ КАТАЛИЗИРУЮТ ОБРАЗОВАНИЕ АКТИВНОГО ТРИЙОДТИРОНИНА (Т3) ИЗ**

- 1) дийодтирозинов
- 2) тироксина (Т4)
- 3) реверсивного Т3
- 4) монойодтирозинов

**ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДЕФИЦИТЕ ЙОДА В ПИЩЕЙ СТЕПЕНЬ ПОГЛОЩЕНИЯ <sup>131</sup>I ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) > 60
- 2) 50-60
- 3) 40-50
- 4) 30-40

**ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ TI-RADS 5 ПО ДАННЫМ УЗИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) повторного УЗИ через 6-12 месяцев
- 2) биопсии через 6 месяцев
- 3) тиреосцинтиграфии с натрия пертехнетат <sup>99m</sup>Tc
- 4) срочной биопсии

**НА НАРУШЕНИЕ ОРГАНИФИКАЦИИ ЙОДА НА ПРОБЕ С ПЕРХЛОРАТОМ КАЛИЯ УКАЗЫВАЕТ**

- 1) выведение йода из щитовидной железы через 2 часа после приема препарата менее 25%
- 2) выведение йода из щитовидной железы через 2 часа после приема препарата менее 5 %
- 3) отсутствие выведения йода из щитовидной железы через 2 часа после приема препарата
- 4) выведение йода из щитовидной железы через 2 часа после приема препарата выше 80%

**НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 6-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ/СУТ)**

- 1) 6,0-8,0
- 2) 2,0-4,0
- 3) 10,0-15,0
- 4) 4,0-6,0

**СИНДРОМА ВАН-ВИКА ? ГРОМБАХА ОБУСЛОВЛЕН ДЛИТЕЛЬНОЙ**

## **ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ**

- 1) тиреотоксикоза
- 2) гиперкортицизма
- 3) вторичного гипотиреоза
- 4) первичного гипотиреоза

## **ПРИ ДЕФЕКТАХ ГЕНА TG ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ**

- 1) уровень Т4 св нормальный, уровень Т4 общ снижен, уровень ТТГ повышен
- 2) уровень Т4 св и Т4 общ снижены, уровень ТТГ нормальный
- 3) уровень Т4 общ и Т4 св нормальный, уровень ТТГ снижен
- 4) уровни Т4 общ и Т4 св повышены, уровень ТТГ нормальный

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ СВОБОДНОГО Т4 И Т3 ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ ТИАМАЗОЛОМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ НЕ РЕЖЕ**

- 1) 1 раза в 3 дня
- 2) 1 раза в месяц
- 3) 2 раз в год
- 4) 2 раз в неделю

## **ПРОЛИФЕРАЦИЯ ТИРЕОЦИТОВ НАХОДИТСЯ В**

- 1) обратной зависимости от содержания йода в крови
- 2) прямой зависимости от содержания йода в крови
- 3) прямой зависимости от интратиреоидного содержания йода
- 4) обратной зависимости от интратиреоидного содержания йода

## **У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫМ БЫЛА ВЫПОЛНЕНА ТИРЕОИДЭКТОМИЯ И РАДИОЙОДАБЛЯЦИЯ, УРОВЕНЬ ТИРЕОГЛОБУЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НА ФОНЕ СУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_ МКГ/Л**

- 1) 3
- 2) 1
- 3) 0,1
- 4) 5

## **РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ АССОЦИИРОВАНА С МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ**

- 1) CYP21
- 2) IYD
- 3) TPO
- 4) THRB

## **У ПАЦИЕНТОВ С ДИФУЗНЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ**

- 1) Т4 снижается, уровень Т3 на верхней границе нормы, содержание тиреотропина близко к верхней границе нормы
- 2) Т3, Т4 снижено, повышен уровень тиреотропина
- 3) Т4 на нижней границе нормы, уровень Т3 на верхней границе нормы, содержание

тиреотропина повышено

4) T3, T4 и тиреотропина в пределах нормы

### **НАЛИЧИЕ RET-МУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

1) мульти спиральной компьютерной томографии органов шеи

2) МРТ органов шеи

3) рентген контрастного исследования пищевода с барием

4) УЗИ щитовидной железы

### **ИНТРАНОДУЛЯРНЫЙ КРОВОТОК ПО ДАННЫМ УЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦДК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

1) кисты щитовидной железы

2) эктопии тимуса

3) доброкачественного образования

4) злокачественного образования

### **ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ СТАДИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

1) быстрым переходом в гипотиреоз

2) частыми рецидивами

3) формированием узловых образований

4) выраженным болевым синдромом в области щитовидной железы

### **КРОВОТОК ПО ПЕРИФЕРИИ И ВНУТРИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦДК, ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ**

1) злокачественным

2) доброкачественным

3) клинически незначимым

4) прогностически благоприятным

### **ГИПОЭХОГЕННОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С ОКРУЖАЮЩЕЙ ТКАНЬЮ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

1) солидного

2) доброкачественного

3) злокачественного

4) коллоидного

### **ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

1) трийодуксусная кислота

2) левотироксин натрия

3) натрия йодид

4) пропранолола гидрохлорид

## **НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ С**

- 1) физиотерапии
- 2) терапии радиоактивным йодом
- 3) тиреостатической медикаментозной терапии
- 4) хирургического вмешательства

## **МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ПРИ ДТЗ НАПРАВЛЕН НА**

- 1) разрушение ткани щитовидной железы
- 2) стойкое блокирование рецепторов к ТТГ
- 3) блокирование активирующей антител к ТТГ
- 4) подавление синтеза тиреоидных гормонов

## **С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДТЗ НАЗНАЧАЕТСЯ ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ В**

- 1) фиксированной дозировке 50 мкг/сутки
- 2) супрессивной дозе
- 3) заместительной дозе
- 4) половинной от заместительной дозы

## **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЙОДНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- 1) профилактическим приемом таблетированных препаратов, обеспечивающих ежедневную физиологическую дозу йода
- 2) использованием в рационе йодированных продуктов питания
- 3) назначением в «группах риска» препаратов тиреоидных гормонов
- 4) назначением в «группах риска» препаратов тиреоидных гормонов в комбинации с препаратами йодида калия

## **К ГОРМОНАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ**

- 1) тиреотропный гормон
- 2) тироксин
- 3) паратиреоидный гормон
- 4) тиреолиберин

## **ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НЕГНОЙНОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) травма
- 2) острый тонзиллит
- 3) стоматит
- 4) туберкулёз

## **МАРКЕРОМ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) кальцитонин
- 2) прокальцитонин
- 3) остеокальцин
- 4) альфафетопротеин

**КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ВАН-ВИКА – ГРОМБАХА У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) водянка оболочек яичка
- 2) макроорхизм
- 3) уменьшение размеров полового члена
- 4) ложный крипторхизм

**СИНТЕЗ ДОСТАТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПО ЙОДА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ВОЗМОЖНЫ ТОЛЬКО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ \_\_\_\_\_ МКГ ЙОДА НА КГ ВЕСА В СУТКИ**

- 1) 30
- 2) 20
- 3) 15
- 4) 40

**УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДЕТЯМ 1 РАЗ В 6-12 МЕСЯЦЕВ**

- 1) после перенесенного инфекционного мононуклеоза
- 2) при наличии узлового образования
- 3) после перенесенного инфекционного паротита
- 4) при наличии хромосомной патологии

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПРОВОДИТСЯ С**

- 1) ятрогенным тиреотоксикозом
- 2) аутоиммунным тиреоидитом
- 3) тиреотропиномой
- 4) эндемическим зобом

**ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ФОНЕ ХАИТ ЛАБОРАТОРНО ОТМЕЧАЮТСЯ \_\_\_\_\_ УРОВЕНЬ ТТГ, \_\_\_\_\_ УРОВЕНЬ Т4**

- 1) высокий; повышенный
- 2) низкий; нормальный
- 3) высокий; нормальный
- 4) низкий; повышенный

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЦИНТИГРАФИИ С  $^{123}\text{I}$  У ПАЦИЕНТОВ С ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) диффузное усиление захвата радиоизотопа всей железой
- 2) диффузное снижение захвата радиоизотопа всей железой
- 3) локальное усиление захвата радиоизотопа
- 4) локальное снижение захвата радиоизотопа

## **ТИРЕОИДИТ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ТИРЕОИДИТОВ**

- 1) вирусных
- 2) фиброзных
- 3) аутоиммунных
- 4) специфических

## **К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА БАМФОРДА—ЛАЗАРУСА ОТНОСЯТСЯ ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ**

- 1) врожденная катаракта, микрогнатия
- 2) долихоцефалия, прогнатия
- 3) расщелина мягкого нёба, волосы с острыми прядями
- 4) птоз, хейлопалатосхиз

## **ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АДЕНОМУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА БУДЕТ**

- 1) тотальная тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией
- 2) сегментарная резекция
- 3) тотальная тиреоидэктомия
- 4) гемитиреоидэктомия

## **У БОЛЬНЫХ СО СТРУКТУРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ТИРЕОГЛОБУЛИНА ИМЕЕТСЯ ЗОБ И ПОГЛОЩЕНИЕ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ**

- 1) понижено
- 2) повышено
- 3) зависит от региона проживания
- 4) не изменяется

## **ЗА 3-4 НЕДЕЛИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ РАДИОЙОДАБЛЯЦИИ ТЕРАПИЯ Л-ТИРОКСИНОМ**

- 1) увеличивается
- 2) не изменяется
- 3) отменяется
- 4) снижается

## **СКРИНИНГ НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДИТСЯ НА \_\_\_\_\_ СУТКИ ЖИЗНИ**

- 1) 1-2
- 2) 4-5
- 3) 7-8
- 4) 10-11

## **НЕЧЕТКОСТЬ КОНТУРОВ, НАЛИЧИЕ МИКРОКАЛЬЦИНАТОВ, СНИЖЕННАЯ ЭХОГЕННОСТЬ, ВЕРТИКАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) коллоидного

- 2) злокачественного
- 3) неблагоприятного
- 4) доброкачественного

**К ХАРАКТЕРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА МОЖНО ОТНЕСТИ ВЫСОКУЮ \_\_\_\_\_ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

- 1) распространенность многоузлового токсического зоба
- 2) распространенность узлового эутиреоидного зоба
- 3) распространенность диффузного эутиреоидного зоба
- 4) частоту функциональной автономии щитовидной железы

**В ПЕРИОД ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) ингибиторов АПФ
- 2) селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- 3) сердечных гликозидов
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторов

**ЗОБОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ЧЕРЕЗ БЛОКАДУ АКТИВНОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ПЕРОКСИДАЗЫ, ОКАЗЫВАЮТ**

- 1) полигидроксифенолы
- 2) ретиноиды
- 3) полибромированные бифенилы
- 4) флавоноиды

**ДЛЯ СИНДРОМА ВАН-ВИКА – ГРОМБАХА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**

- 1) задержки полового созревания
- 2) преждевременного полового созревания
- 3) изолированное увеличение грудных желез
- 4) инверсии пубертата

**ОТСУТСТВИЕ ВНУТРИУЗЛОВОГО КРОВОТОКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПО ДАННЫМ УЗИ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ**

- 1) злокачественным
- 2) доброкачественным
- 3) промежуточным
- 4) клинически незначимым

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА  $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО**

- 1) 2 недель
- 2) 3 месяцев
- 3) 6 недель
- 4) 7 дней

**ГИПЕРЭХОГЕННОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- 1) папиллярного
- 2) медуллярного
- 3) злокачественного
- 4) доброкачественного

**КОЛЛОИДНЫЕ УЗЛЫ БЕЗ ВЫРАЖЕННОГО РОСТА И НАЛИЧИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗ ПРИЗНАКОВ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ TI-RADS**

- 1) 3
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 1

**В УСЛОВИЯХ СНИЖЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЙОДА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ТИРЕОЦИТЫ ОКАЗЫВАЮТ**

- 1) йодальдегиды
- 2) гормоны аденогипофиза
- 3) аутокринные ростовые факторы
- 4) йодолактоны

**СТАРТОВАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ, У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_МКГ/КГ/СУТКИ**

- 1) 15,0-20,0
- 2) 10,0-15,0
- 3) 20,0-30,0
- 4) 5,0-10,0

**ГРУППОВАЯ ЙОДНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- 1) назначением йодсодержащих препаратов в «группах риска» по развитию ЙДЗ
- 2) назначением населению йодсодержащих препаратов, в первую очередь, йодида калия
- 3) профилактическим приемом препаратов, обеспечивающих физиологическую дозу йода
- 4) йодированием продуктов питания, в первую очередь, поваренной соли

**ВЕРХНЕЕ ДОПУСТИМОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДНЕВНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА У ДЕТЕЙ 4-8 ЛЕТ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ, СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)**

- 1) 200
- 2) 150
- 3) 250
- 4) 300

**К ПРИНЦИПИАЛЬНО ВАЖНЫМ ПАРАМЕТРАМ ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА**

### **ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОТНОСЯТ**

- 1) гормональные показатели сыворотки крови
- 2) линейные размеры узлового образования
- 3) сонографические характеристики узлов
- 4) расположение узловых образований и их количество

### **ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ В СВЯЗИ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДОВАНО ДЕТЯМ С ВЫЯВЛЕННЫМИ ГЕРМИНАЛЬНЫМИ МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ**

- 1) RAS
- 2) TP53
- 3) BRAF
- 4) RET

### **ПОКАЗАТЕЛЕМ КОМПЕНСАЦИИ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ**

- 1) свободного T4
- 2) свободного T3
- 3) ТТГ
- 4) общего T4

### **ЛАБОРАТОРНО ХАШИТОКСИКОЗ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НИЗКИМ ТТГ**

- 1) высоким T4 и низким T3
- 2) высоким T3 и высоким T4
- 3) и нормальными T3 и T4
- 4) высоким T3 и низким T4

### **ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ОБОДОК (HALO) В СОВОКУПНОСТИ ДРУГИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ \_\_\_\_\_ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ**

- 1) папиллярных
- 2) доброкачественных
- 3) агрессивных
- 4) медуллярных

### **ПРИ КОЛЛОИДНОМ ЗОБЕ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРЕДСТАВЛЕНА**

- 1) крупными фолликулами, содержащими небольшое количество коллоида
- 2) мелкими и крупными фолликулами, содержащими коллоид
- 3) множеством мелких фолликулов, содержащих коллоид
- 4) крупными фолликулами, содержащими большое количество коллоида

### **К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ**

- 1) наличие родственников второй степени родства с папиллярным раком щитовидной железы

- 2) наличие пальпируемого узлового образования
- 3) проживание на территории с неблагоприятной экологической обстановкой
- 4) наличие родственников первой степени родства с хроническим аутоиммунным тиреоидитом

**МУТАЦИИ В ГЕНЕ SLC26A4 (ГЕН PDS) ОБНАРУЖЕНЫ ПРИ НЕСИНДРОМАЛЬНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ТУГОУХОСТИ И СИНДРОМЕ**

- 1) Мак-Кьюн-Олбрайта
- 2) Дауна
- 3) Пендреда
- 4) Тернера

**УЧИТЫВАТЬ УЗ ХАРАКТЕРИСТИКИ (ЭХОГЕННОСТЬ, СТРУКТУРА, СООТНОШЕНИЕ ВЫСОТА-ШИРИНА, КРОВОТОК) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАЗМЕРОМ МЕНЕЕ 1 СМ НЕОБХОДИМО ДЛЯ**

- 1) проведения оперативного лечения
- 2) проведения ТАБ
- 3) постановки диагноза
- 4) динамического наблюдения

**СТАРТОВАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ, У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_ МКГ/КГ/СУТКИ**

- 1) 8,0-10,0
- 2) 10,0-15,0
- 3) 5,0-7,0
- 4) 20,0-30,0

**РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗМЕРОМ МЕНЕЕ 1 СМ, БЕЗ МЕТАСТАЗОВ ОТНОСИТСЯ К**

- 1) позднему
- 2) раннему
- 3) фолликулярному
- 4) неблагоприятному

**ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ, ОВАЛЬНОЙ ФОРМЫ С СОХРАННОЙ КАПСУЛОЙ, СРЕДНЕЙ ЭХОГЕННОСТИ И БЕЗ КАЛЬЦИФИКАТОВ ВО ВНУТРЕННЕЙ ЭХОСТРУКТУРЕ ПО ДАННЫМ УЗИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) фолликулярного новообразования
- 2) коллоидного зоба
- 3) папиллярного рака
- 4) медуллярного рака

**ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ТИРЕОИДИТА**

## **ЯВЛЯЮТСЯ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ**

- 1) карбопенемов
- 2) цефалоспоринов
- 3) аминогликозидов
- 4) тетрациклинов

## **ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ТЕРАПИИ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ НАЗНАЧАЕТСЯ ДИЕТА С ОГРАНИЧЕНИЕМ**

- 1) лимонной кислоты
- 2) витаминов группы В
- 3) кальция
- 4) йода

## **ЧЕТКИЕ КОНТУРЫ И СОХРАННОСТЬ КАПСУЛЫ С УЧЕТОМ ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) папиллярного рака
- 2) псевдоузла
- 3) медуллярного рака
- 4) коллоидного зоба

## **ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) тиреокомб
- 2) трийодтиронин
- 3) левотироксин натрия
- 4) тиреоидин

## **НАЛИЧИЕ ОБИЛЬНОЙ ВНУТРЕННЕЙ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО УЗИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) доброкачественного образования
- 2) абсцесса
- 3) коллоидного активно пролиферирующего зоба
- 4) рака щитовидной железы

## **АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ МОЖЕТ БЫТЬ КОМПОНЕНТОМ ПОЛИЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА**

- 1) Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева
- 2) МЭН 2 а типа
- 3) АПС 1 типа
- 4) DIDMOAD

## **ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ TI-RADS 2 РАЗМЕРОМ ДО 1 СМ ПО ДАННЫМ УЗИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) УЗИ через 6 месяцев
- 2) срочной биопсии
- 3) плановой биопсии

4) тиреосцинтиграфии с натрия пертехнетат 99mTc

**ДИАГНОЗ «МАНИФЕСТНЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ**

- 1) низкого уровня ТТГ при высоких значениях Т4 и Т3
- 2) высокого уровня Т4 или Т3 при нормальных значениях ТТГ
- 3) высокого уровня ТТГ при нормальных значениях Т4 и Т3
- 4) низкого уровня ТТГ при нормальных значениях Т4 и Т3

**ЦЕЛЮ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ДЕТЯМ С ДТЗ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТИЖЕНИЕ**

- 1) субклинического тиреотоксикоза
- 2) стойкого гипотиреоза
- 3) субклинического гипотиреоза
- 4) стойкого эутиреоза

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТИРЕОТОКСИКОЗА ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПРОВОДИТСЯ С**

- 1) функциональной автономией щитовидной железы
- 2) тиреотоксической фазой АИТ
- 3) лучевым тиреоидитом
- 4) ТТГ-продуцирующей аденомой гипофиза

**ПОВТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИТИРЕОИДНЫХ АНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ» ПРОВОДИТЬ**

- 1) нецелесообразно
- 2) целесообразно через один год наблюдения
- 3) целесообразно через два года наблюдения
- 4) целесообразно через пять лет наблюдения

**ЗОБОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ, ВОЗНИКАЮЩИЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА ТИРЕОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ОБУСЛОВЛЕН ПОВЫШЕНИЕМ**

- 1) концентрации антител к тиропероксидазе
- 2) секреции тиреотропного гормона
- 3) концентрации антител к рецептору ТТГ
- 4) концентрации антител к тиреоглобулину

**НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 10-15 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ/КГ/СУТ)**

- 1) 6,0-8,0
- 2) 8,0-10,0
- 3) 4,0-6,0
- 4) 2,0-4,0

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К**

- 1) возобновлению тиреостатической терапии

- 2) назначению  $\beta$ -адреноблокаторов
- 3) проведению повторного хирургического лечения
- 4) терапии радиоактивным йодом

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИФFUЗНОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ПРЕДСТАВЛЕНА**

- 1) увеличением размеров региональных лимфоузлов при пальпации
- 2) увеличением размеров щитовидной железы при пальпации
- 3) наличием тахикардии
- 4) наличием глазных симптомов

### **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАЛЬПИРУЕМЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОКАЗАНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВЫПОЛНЕНИЕ**

- 1) МРТ органов шеи
- 2) рентген контрастного исследования пищевода с барием
- 3) УЗИ органов шеи
- 4) ТАБ имеющегося узлового образования

### **ПРЕРЫВИСТЫЙ КОНТУР УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ДАННЫМ УЗИ ТИПИЧЕН ДЛЯ**

- 1) фолликулярной аденомы щитовидной железы
- 2) кисты щитовидной железы
- 3) коллоидного активно пролиферирующего зоба
- 4) рака щитовидной железы

### **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МЕДУЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНА**

- 1) RET
- 2) MEN1
- 3) AVCC8
- 4) AIRE

### **ДИАГНОЗ «СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ**

- 1) нормальных значений T4 и T3 при высоком уровне ТТГ
- 2) высокого уровня T4 или T3 при нормальных значениях ТТГ
- 3) низкого уровня ТТГ при нормальных значениях T4 и T3
- 4) низкого уровня ТТГ при высоких значениях T4 и T3

### **К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТИРЕОТОКСИКОЗА СО СТОРОНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ**

- 1) агрессию и нарушение адаптации к стрессу
- 2) апатию, безразличие к окружающему миру
- 3) нервозность и нарушение концентрации внимания
- 4) сонливость и депрессивные состояния

### **МЕТАСТАЗЫ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В**

- 1) трубчатых костях
- 2) головном мозге
- 3) лёгких и средостении
- 4) лимфатических узлах шеи

**РИСК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TI-RADS КАТЕГОРИЯ 2 СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 5
- 2) 0-4
- 3) 10-80
- 4) 5-10

**К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ С ЗОБОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОТНОСЯТСЯ**

- 1) глюкокортикоиды
- 2) бигуаниды
- 3) производные тиюрацила
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторы

**В НОРМЕ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ СОДЕРЖИТСЯ \_\_\_\_\_МКГ ЙОДА В 1 Г ТКАНИ**

- 1) 500
- 2) 600
- 3) 350
- 4) 250

**ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) агранулоцитоз
- 2) анемия
- 3) лейкопения
- 4) эозинофилия

**ПРИ \_\_\_\_\_ ВОЗМОЖНО ФОРМИРОВАНИЕ СТРУМИТОВ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

- 1) аденоме
- 2) папиллярном раке
- 3) узловом зобе
- 4) туберкулёзе

**В КАЧЕСТВЕ ЙОДИРУЮЩЕЙ ДОБАВКИ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- 1) йодат калия
- 2) йодид калия
- 3) йодид натрия
- 4) йодат натрия

**К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА У ПОДРОСТКА С**

### **ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ОТНОСЯТ**

- 1) сопор, брадикардию, артериальную гипотензию
- 2) тахикардию, высокое пульсовое АД, психомоторное возбуждение
- 3) цианоз, мышечную гипотонию, экстрасистолию
- 4) внезапную потерю сознания, судороги, артериальную гипотензию

### **РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ТТГ АССОЦИИРОВАНА С МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ**

- 1) HESX1
- 2) PROP1
- 3) DUOX2
- 4) TSHR

### **ДОСТИЖЕНИЕ ЭУТИРЕОЗА ПОСЛЕ СТАРТА ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРАВИЛЬНОЙ ДОЗЕ МОЖНО ОЖИДАТЬ В ТЕЧЕНИЕ**

- 1) 3 месяцев
- 2) 6 недель
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 недели

### **НАЛИЧИЕ ИНТРАНОДУЛЯРНОГО КРОВОТОКА В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ПРИЗНАКАМИ ПО ДАННЫМ УЗИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- 1) солидного
- 2) доброкачественного
- 3) злокачественного
- 4) коллоидного

### **НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ТИРЕОИДИТА СЛЕДУЕТ С НАЗНАЧЕНИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ**

- 1) антибиотиков
- 2) тиреостатиков
- 3) глюкокортикоидов
- 4) иммуностимуляторов

### **КИСТОЗНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ТИПИЧНА ДЛЯ**

- 1) коллоидного зоба
- 2) фолликулярной аденомы
- 3) медуллярной карциномы
- 4) фолликулярной карциномы

### **ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ И ИЗОЭХОГЕННЫЕ УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ БЕЗ ВЫСОКОПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ И ОБЛАДАЮЩИЕ ВЫСОКОЙ СКОРОСТЬЮ РОСТА (БОЛЕЕ 30-50% ЗА 6 МЕСЯЦЕВ) СООТВЕТСТВУЮТ КАТЕГОРИИ**

- 1) TI-RADS 1
- 2) TI-RADS 3

- 3) TI-RADS 5
- 4) TI-RADS 4

**САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) анапластический
- 2) фолликулярный
- 3) папиллярный
- 4) медуллярный

**ПРИ СИНДРОМЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ПРИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) гетерозиготные мутации TR?
- 2) гомозиготные мутации TR?
- 3) гетерозиготные мутации TR?
- 4) гомозиготные мутации TR?

**ПРИ ОСМОТРЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПАЦИЕНТА С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) сухость кожи
- 2) повышенная потливость
- 3) «мраморный» рисунок
- 4) усиленная пигментация

**НАЛИЧИЕ 5 ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИЗ 5 И/ИЛИ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПО ДАННЫМ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_ КАТЕГОРИИ СОГЛАСНО СИСТЕМЕ КЛАССИФИКАЦИИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПО TI-RADS (2009-2016)**

- 1) 5
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 1

**ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ЙОДА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА СЧИТАЮТ**

- 1) молочные продукты
- 2) морепродукты
- 3) фрукты
- 4) грецкие орехи

**ЛЕВОТИРОКСИН СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ**

- 1) 1 раз в день, утром через 20 минут после еды
- 2) 2 раза в день, утром и вечером через 20 минут после еды
- 3) 2 раза в день, утром и вечером за 20 минут до еды
- 4) 1 раз в день, утром за 20 минут до еды

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ**

**ВЫЯВИТЬ КОНТУРЫ \_\_\_\_\_ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) анэхогенного
- 2) гиперэхогенного
- 3) гипоехогенного
- 4) изоэхогенного

**ВЕРХНЕЕ ДОПУСТИМОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДНЕВНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА У ДЕТЕЙ 9-13 ЛЕТ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ, СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)**

- 1) 300
- 2) 700
- 3) 600
- 4) 900

**КАКОЙ ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?**

- 1) детям, имеющим родственника первой степени родства с раком щитовидной железы
- 2) детям, имеющим диффузное увеличение щитовидной железы у близких родственников
- 3) детям в периоде пубертата
- 4) детям, имеющим родственников, получавших облучение в анамнезе

**В ПРОЦЕССЕ ОРГАНИФИКАЦИИ ЙОДА В ПОЛОСТИ Фолликула участвует**

- 1) Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> - АТФ-аза
- 2) тиропероксидаза
- 3) глутатионкиназа
- 4) креатинфосфокиназа

**ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- 1) концентрация йодидов в сыворотке крови
- 2) стандартное отклонение йодурии
- 3) медиана йодурии
- 4) концентрация йода в сыворотке крови

**ЧАЩЕ ВСЕГО У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ТИРЕОИДИТ**

- 1) Риделя
- 2) Хашимото
- 3) подострый
- 4) острый

**СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ТИРЕОГЛОБУЛИНУ ДОЛЖНО ОТМЕЧАТЬСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ПОСЛЕ РАДИОЙОДАБЛЯЦИИ**

- 1) 24-48 часов
- 2) 1 год

- 3) 2-3 месяца
- 4) 5-7 дней

**ДЛЯ ДИФFUЗНОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА**

- 1) поперхивание при приеме пищи
- 2) чувство сдавления в области шеи
- 3) головные боли
- 4) затрудненное дыхание

**УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ РАЗМЕРАМИ МЕНЕЕ 1 СМ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

- 1) тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ
- 2) сцинтиграфии с оценкой индекса захвата РФП
- 3) эластографии узловых образований
- 4) мультиспиральной компьютерная томография щитовидной железы с оценкой плотности узловых образований

**ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ**

- 1) стремительные роды
- 2) воздействие стресса на организм матери
- 3) порок развития щитовидной железы
- 4) аутоиммунный процесс в щитовидной железе

**У ПАЦИЕНТОВ С МЭН2 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТИРЕОИДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЦЕЛЕВЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ТТГ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЛЕВОТИРОКСИНА ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ (В МЕД/Л)**

- 1) менее 0,5
- 2) от 0,5 до 2,5
- 3) выше 5
- 4) от 2,5 до 5

**СОЛИДНОЕ УЗЛОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕЗ КИСТОЗНОГО КОМПОНЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ ДРУГИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) злокачественным
- 2) доброкачественным
- 3) медуллярным раком
- 4) папиллярным раком

**РОВНЫЙ, ЧЕТКИЙ КОНТУР ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) злокачественного
- 2) доброкачественного
- 3) неблагоприятного
- 4) фолликулярного

## **ИЗОЭХОГЕННОЕ УЗЛОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СОПОСТАВИМО С ЭХОГЕННОСТЬЮ**

- 1) подчелюстной слюнной железы
- 2) околоушной слюнной железы
- 3) ткани щитовидной железы
- 4) окружающих мышц

## **ТИРЕОИДИТ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ЗАМЕЩЕНИЕМ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФИБРОЗНОЙ ТКАНЬЮ С ИНВАЗИЕЙ В ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ НОСИТ НАЗВАНИЕ**

- 1) Риделя
- 2) Хашимото
- 3) острого
- 4) специфического

## **МУТАЦИИ В ГЕНЕ MCT8 АССОЦИИРОВАННЫ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА**

- 1) Пейтца-Егерса
- 2) Ангельмана
- 3) Хиппеля-Линдау
- 4) Аллана-Херндона-Дадли

## **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВАН-ВИКА – ГРОМБАХА ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ**

- 1) свободная жидкость в дугласовом пространстве
- 2) параовариальная киста
- 3) фибромы яичников
- 4) кистозно измененные яичники

## **ДЕЙСТВИЕ ТИРЕОСТАТИЧЕСКИХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НАПРАВЛЕНО НА БЛОКИРОВАНИЕ**

- 1) захвата йода фолликулярными клетками
- 2) выработки антител к рецепторам ТТГ
- 3) синтеза тиреоидных гормонов
- 4) синтеза тиреоглобулина

## **УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОСТИ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) неоваскуляризация
- 2) размытость краев
- 3) нечеткость контуров
- 4) кистозная дегенерация

## **С ЦЕЛЬЮ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЭКТОПИРОВАННОЙ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АБСОЛЮТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ**

- 1) компьютерная томография

- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) сцинтиграфия с  $^{99}\text{Tc}$  или  $^{123}\text{I}$

### **ДЛЯ СИНДРОМА ВАН-ВИКА ? ГРОМБАХА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**

- 1) преждевременного полового созревания
- 2) задержки полового созревания
- 3) инверсии пубертата
- 4) изолированное увеличение грудных желез

### **ЗОБОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ЧЕРЕЗ ТОРМОЖЕНИЕ ЗАХВАТА ЙОДА ТИРЕОЦИТАМИ, ОКАЗЫВАЮТ**

- 1) флавоноиды и фталаты
- 2) имидазол и аминотриазол
- 3) тиоцианат и перхлорат
- 4) сульфаниламиды и тиомочевина

### **МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ЙОД КОВАЛЕНТНО СВЯЗЫВАЕТСЯ С**

- 1) тирозильными остатками тиреоглобулина
- 2) апикальным транспортером пендрином
- 3) рецепторами тиреотропного гормона
- 4) рецепторами тиреоидных гормонов

### **ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЯ**

- 1) Bethesda
- 2) BI-RADS
- 3) TI-RADS
- 4) Глазго

### **КИСТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) клинически незначимыми
- 2) неблагоприятными
- 3) злокачественными
- 4) доброкачественными

### **ПОНИЖЕННАЯ ЭХОГЕННОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) доброкачественного
- 2) коллоидного
- 3) злокачественного
- 4) благоприятного

**НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ПРОБЫ С ПЕРХЛОРАТОМ КАЛИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ 0,5 Г**

**ПЕРХЛОРАТА КАЛИЯ ВНУТРЬ И ПРОВОДИТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ ЗАХВАТА РАДИОФАРМПРЕПАРАТА КАЖДЫЕ \_\_ МИНУТ В ТЕЧЕНИЕ \_\_ ЧАСОВ**

- 1) 60; 6
- 2) 90; 12
- 3) 30; 3
- 4) 15; 2

**ОДНИМ ИЗ ТЯЖЕЛЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ТИРЕОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СО СТОРОНЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) токсический гепатит
- 2) синдром констипации
- 3) язвенная болезнь желудка
- 4) метеоризм

**ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ И ЭХОГЕННОСТИ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- 1) благоприятного
- 2) быстро растущего
- 3) доброкачественного
- 4) злокачественного

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА МУТАЦИИ В ГЕНЕ RET ПРИ ОТСУТСТВИИ ДАННЫХ ЗА ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) превентивной тиреоидэктомии
- 2) пункции ткани щитовидной железы
- 3) радиойодтерапии
- 4) сцинтиграфии с радиоактивным йодом

**РАЗВИТИЕ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ПРИ ДЕФЕКТЕ ГЕНА ТРО АССОЦИИРУЕТСЯ С**

- 1) частичным дефектом транспорта иодида
- 2) полным дефектом транспорта иодида
- 3) полным дефектом органификации иодида
- 4) частичным дефектом органификации иодида

**ДЕФИЦИТ ЙОДА У МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ У РЕБЕНКА**

- 1) подострого тиреоидита
- 2) хронического аутоиммунного тиреоидита
- 3) эндемического кретинизма
- 4) диффузного токсического зоба

**ОВАЛЬНАЯ ФОРМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) злокачественного

- 2) доброкачественного
- 3) промежуточного
- 4) клинически незначимого

**В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ТРАНЗИТОРНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЛЕЖИТ**

- 1) передозировка левотироксина натрия у матери
- 2) трансплацентарная передача антител, блокирующих рецептор к ТТГ
- 3) гепатит С у матери
- 4) врожденная краснуха

**ФЛАВОНОИДЫ, СОДЕРЖАЩИЕСЯ В СОЕ, В УСЛОВИЯХ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА МОГУТ ВЫСТУПАТЬ, КАК**

- 1) онкогены
- 2) гойтрогены
- 3) мутагены
- 4) аллергены

**НАЛИЧИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ОБОДКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ \_\_\_\_\_ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- 1) фолликулярного
- 2) медуллярного
- 3) злокачественного
- 4) доброкачественного

**ПРИ МАНИФЕСТНОМ ВАРИАНТЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ФОНЕ ХАИТ ЛАБОРАТОРНО ОТМЕЧАЮТСЯ \_\_\_\_\_ УРОВЕНЬ ТТГ, \_\_\_\_\_ УРОВЕНЬ Т4**

- 1) низкий; нормальный
- 2) высокий; нормальный
- 3) низкий; высокий
- 4) высокий; низкий

**«КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА» ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

- 1) зоб, тахикардию и экзофтальм
- 2) тахикардию, тремор рук и мышечную слабость
- 3) зоб, потливость и потерю веса
- 4) экзофтальм, нервозность и быструю утомляемость

**УЗЛОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МИКРОКАЛЬЦИНАТАМИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ**

- 1) злокачественным
- 2) доброкачественным
- 3) папиллярным раком щитовидной железы
- 4) анапластическим раком щитовидной железы

## **К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ С ЗОБОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОТНОСЯТСЯ**

- 1) глюкокортикоиды
- 2) бигуаниды
- 3) производные тиаурацила
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторы

## **ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ**

- 1) сцинтиграфии с  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом
- 2) компьютерной томографии с контрастным усилением
- 3) цитологического исследования пунктата
- 4) гистологического исследования резецированной ткани

## **ПОВРЕЖДЕНИЕ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ**

- 1) изменение сердечного ритма
- 2) затруднение глотания
- 3) нарушение фонации
- 4) рецидивирующий кашель

## **ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- 1) уровнем тиреотропного гормона в крови
- 2) возрастом больного
- 3) размерами щитовидной железы
- 4) выраженностью клинических симптомов

## **ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

- 1) не имеет отдаленных метастазов
- 2) не имеет регионарных метастазов
- 3) имеет латентное течение
- 4) носит агрессивный характер

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ 1 НА \_\_\_\_\_ НОВОРОЖДЕННЫХ**

- 1) 5000-6000
- 2) 9000-10000
- 3) 1000-2000
- 4) 3000-4000

## **ХАКТЕРНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ**

- 1) калия
- 2) холестерина

- 3) глюкозы
- 4) мочевины

### **В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ**

- 1) подчелюстную слюнную железу
- 2) регионарные лимфатические узлы
- 3) тимус
- 4) околоушную слюнную железу

### **СИНДРОМ ПЕНДРЕДА ОБУСЛОВЛЕН МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ**

- 1) SLC5A5 (NIS)
- 2) SLC26A4 (PDS)
- 3) PAX8
- 4) DUOX2

### **В ПЕРИОД ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) ингибиторов АПФ
- 2) селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- 3) сердечных гликозидов
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторов

### **НАЗНАЧЕНИЕ РЕЖИМА «БЛОКИРУЙ И ЗАМЕЩАЙ» ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ**

- 1) лечение до достижения гипотиреоза с последующей отменой терапии
- 2) подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения стойкого эутиреоза
- 3) лечение до достижения гипотиреоза с последующим добавлением в терапию левотироксина
- 4) подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения субклинического тиреотоксикоза

### **ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- 1) влияют исключительно на минеральную плотность костной ткани
- 2) не влияют на обновление костной ткани и минеральную плотность кости
- 3) влияют на обновление костной ткани без влияния на минеральную плотность кости
- 4) влияют на обновление костной ткани и минеральную плотность кости

### **НАЗНАЧЕНИЕ ТИТРАЦИОННОГО РЕЖИМА ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ**

- 1) лечение до достижения гипотиреоза с последующей отменой терапии
- 2) лечение до достижения гипотиреоза с последующим добавлением в терапию левотироксина
- 3) подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения стойкого эутиреоза

4) подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения субклинического тиреотоксикоза

**ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) прямое токсическое действие свободного Т3 в орбитальных тканях
- 2) супрессия действия ТТГ в орбитальных тканях
- 3) прямое токсическое действие свободного Т4 в орбитальных тканях
- 4) активация аутоиммунных процессов в орбитальных тканях

**К ПРОТИВОПОКАЗАНИЮ ДЛЯ ТЕРАПИИ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ (131I) ОТНОСЯТ**

- 1) выраженную эндокринную офтальмопатию
- 2) детский возраст до двенадцати лет
- 3) рецидив тиреотоксикоза на фоне консервативной терапии
- 4) побочные эффекты от тиреостатической терапии

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 НА \_\_\_\_\_ НОВОРОЖДЕННЫХ**

- 1) 30000-50000
- 2) 75000-100000
- 3) 500-1000
- 4) 3000-4000

**ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЦИТОЛОГИЧЕСКИ ДОМИНИРУЮТ ЯВЛЕНИЯ**

- 1) фиброза
- 2) лимфоидной инфильтрации
- 3) эпителиальной деструкции
- 4) оксифильной трансформации тиреоцитов

**ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ ТАБ ПРИ УСЛОВИИ ПОГРАНИЧНЫХ РАЗМЕРОВ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОМОГАЕТ**

- 1) радиоизотопное исследование
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) мультиспиральная томография

**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ МЕТОДА ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЕЁ ПОД КОНТРОЛЕМ**

- 1) рентгеноскопии
- 2) УЗИ щитовидной железы
- 3) магнитно-резонансной томографии
- 4) чреспищеводного ультразвукового сканирования

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО**

- 1) 6 недель
- 2) 3 месяцев
- 3) 7 дней
- 4) 2 недель

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАРТА ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) протирелин
- 2) пропилтиоурацил
- 3) тиамазол
- 4) трийодрезорцин

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭУТИРЕОИДНОГО ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОСТАТОЧНО НАЗНАЧЕНИЯ**

- 1) терапии препаратами тироксина в дозе 25-50 мкг/день
- 2) препаратов йода в физиологической дозе 150-200 мкг/день
- 3) терапии препаратами тироксина в сочетании препаратами йода
- 4) терапии препаратами тироксина в дозе 50-100 мкг/день

**СИНТЕЗ ДОСТАТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПО ЙОДА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ВОЗМОЖНЫ ТОЛЬКО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ \_\_\_ МКГ ЙОДА НА КГ ВЕСА В СУТКИ**

- 1) 15
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 30

**ОДНИМ ИЗ ТЯЖЕЛЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ТИРЕОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СО СТОРОНЫ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) агранулоцитоз
- 2) тромбоцитоз
- 3) моноцитоз
- 4) тромбоцитопения

**НАЛИЧИЕ МИКРОКАЛЬЦИНАТОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЗИ**

- 1) благоприятного
- 2) коллоидного
- 3) доброкачественного
- 4) злокачественного

**ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ У ДЕТЕЙ ПРИХОДИТСЯ НА \_\_\_\_\_ ВОЗРАСТ**

- 1) постпубертатный
- 2) младший школьный
- 3) пубертатный
- 4) дошкольный

**УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ МЕНЕЕ (В ПГ/МЛ)**

- 1) 8
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 10

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАЛЬПИРУЕМЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- 1) сцинтиграфию щитовидной железы
- 2) УЗИ щитовидной железы
- 3) рентгенографию пищевода с бариевой взвесью
- 4) мультиспиральную томографию органов шеи

**СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ ТИРЕОТОКСИКОЗА И ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ ТИПИЧНЫМИ ДЛЯ**

- 1) хронического аутоиммунного тиреоидита
- 2) болезни Мак-Кьюна-Олбрайта
- 3) диффузного токсического зоба
- 4) тиреотропиномы

**К ГРУППЕ «РИСКА» ПО РАЗВИТИЮ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ, ПРОЖИВАЮЩИЕ В РАЙОНАХ С**

- 1) неблагоприятной радиационной обстановкой
- 2) высоким уровнем инсоляции
- 3) высоким содержанием йода в продуктах питания и воде
- 4) загрязнением воздуха продуктами нефтепереработки

**РАЗВИТИЕ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ПРИ СИНДРОМЕ ПЕНДРЕДА ВОЗМОЖНО**

- 1) внутриутробно
- 2) в зрелом и пожилом возрасте
- 3) в конце первого года жизни
- 4) в конце первого — начале второго десятилетия жизни

**НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПРОБЫ С ПЕРХЛОРАТОМ КАЛИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ 25 МККИ I131 ВНУТРЬ И ПРОВОДИТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ ЗАХВАТА РАДИОФАРМПРЕПАРАТА КАЖДЫЕ \_\_\_ МИНУТ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_ ЧАСОВ**

- 1) 90; 12
- 2) 30; 3
- 3) 15; 2

4) 60; 6

### **В ОСНОВЕ МАССОВОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ НА ВРОЖДЁННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ В РФ ЛЕЖИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ**

- 1) тиреоглобулина
- 2) ТТГ в венозной крови
- 3) ТТГ в капиллярной крови
- 4) ТТГ и Т4 свободного в венозной крови

### **ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ СТАДИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) снижением уровня ТТГ, повышением уровня Т4 свободного
- 2) повышением уровня ТТГ, снижением уровня Т4 свободного
- 3) снижением уровня ТТГ, снижением уровня Т4 свободного
- 4) повышением уровня ТТГ, уровень Т4 свободного в пределах референсных интервалов

## **Нейроэндокринология**

[Вернуться в начало](#)

### **КОРТИКОТРОФЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В**

- 1) коре надпочечников
- 2) ядрах гипоталамуса
- 3) задней доле гипофиза
- 4) передней доле гипофиза

### **УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА НА ПРОБЕ С ИНСУЛИНОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ**

- 1) сопутствующего несахарного диабета
- 2) сопутствующего гипогонадизма
- 3) сопутствующего гипокортицизма
- 4) сопутствующей гипопролактинемии

### **ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ КОМПЕНСАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ НОРМАЛЬНЫЕ УРОВНИ**

- 1) кальция и фосфора
- 2) натрия и калия
- 3) креатинина и мочевины
- 4) АЛТ и АСТ

### **ПРИ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ**

- 1) щелочной фосфатазы
- 2) натрия
- 3) панкреатической амлазы
- 4) глюкозы

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ**

- 1) нимесулид
- 2) гипотиазид
- 3) каберголин
- 4) десмопрессин

**ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) острой почечной недостаточности
- 2) периферического несахарного диабета
- 3) центрального несахарного диабета
- 4) первичной полидипсии

**БЫСТРОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРА ОБУВИ (1,5-2 РАЗМЕРА В ГОД И БОЛЬШЕ) МОЖЕТ ГОВОРИТЬ О НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА**

- 1) нефрогенного несахарного диабета
- 2) СТГ-продуцирующей аденомы гипофиза
- 3) диффузного токсического зоба
- 4) герминомы III желудочка

**РИЛИЗИНГ-ГОРМОНЫ РЕАЛИЗУЮТ СВОИ ЭФФЕКТЫ ЧЕРЕЗ СТИМУЛЯЦИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ**

- 1) гормонов супраоптических ядер гипоталамуса
- 2) гормонов паравентрикулярных ядер гипоталамуса
- 3) тропных гормонов задней доли гипофиза
- 4) тропных гормонов передней доли гипофиза

**БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНКА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПЕРСЕКРЕЦИИ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА**

- 1) СТГ
- 2) АКТГ
- 3) кортизола
- 4) пролактина

**МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) применение лучевой терапии
- 2) динамическое наблюдение
- 3) хирургическое удаление макроаденомы
- 4) терапия агонистами рецептора дофамина

**ГОРМОН РОСТА-РИЛИЗИНГ-ГОРМОН РЕАЛИЗУЕТ СВОИ ЭФФЕКТЫ ЧЕРЕЗ СТИМУЛЯЦИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ**

- 1) соматотропного гормона

- 2) гонадотропных гормонов
- 3) тиреотропного гормона
- 4) аденокортикотропного гормона

### **В ИСХОДЕ КРАНИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ**

- 1) первичный гипокортицизм
- 2) диффузный токсический зоб
- 3) первичный гипогонадизм
- 4) вторичный гипогонадизм

### **ДЛЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО**

- 1) увеличение размеров щитовидной железы
- 2) уменьшение размеров надпочечников
- 3) увеличение темпов роста
- 4) перераспределением подкожно-жировой клетчатки

### **КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА У ДЕТЕЙ СЛУЖИТ СНИЖЕНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НИЖЕ РЕФЕРЕНСНЫХ ЗНАЧЕНИЙ УРОВНЯ**

- 1) альдостерона
- 2) кортизола
- 3) СТГ
- 4) пролактина

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОРВОТНЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПОЯВЛЕНИЮ**

- 1) гипогликемии
- 2) гипертироксинемии
- 3) гипергликемии
- 4) гиперпролактинемии

### **ПРООПИОМЕЛАНКОРТИН ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО И МЕЛАНОЦИТСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНОВ**

- 1) мишенью
- 2) производным
- 3) частью
- 4) предшественником

### **У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- 1) депигментация кожи
- 2) гипоплазия надпочечников
- 3) стойкая гипокальциемия
- 4) артериальная гипертензия

### **У РЕБЕНКА С SDS РОСТА: -3.4, НИЗКИМ УРОВНЕМ ИФР-1 И ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОПУХОЛИ В АНАМНЕЗЕ, ДЛЯ**

## **ДИАГНОСТИКИ ДЕФИЦИТА СТГ**

- 1) требуется проведение одной стимуляционной пробы
- 2) проведение СТГ-стимуляционных проб не требуется
- 3) требуется проведение теста на генерацию ИФР-1
- 4) требуется проведение двух стимуляционных проб

## **НА МИКРОФОТОГРАФИИ ПРЕДСТАВЛЕН БИОПТАТ ГИПОФИЗА 14-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА, ДИАГНОЗ**

- 1) эмбриональная карцинома
- 2) герминома
- 3) опухоль желточного мешка
- 4) пинеобластома

## **НУЖДАЮТСЯ В РЕ-ДИАГНОСТИКЕ СОМАТОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТЫ С**

- 1) приобретенными гипоталамо-гипофизарными повреждениями вследствие операций на гипофизе и облучения гипоталамо-гипофизарной области (при условии низкого уровня ИФР-1 на фоне отмены соматропина)
- 2) двумя и более (помимо СТГ) тропными недостаточностями
- 3) изолированным СТГ-дефицитом, при наличии нормального уровня ИФР-1 (на фоне отмены соматропина) и не имеющие молекулярно-генетического подтверждения диагноза
- 4) «триадой» на МРТ

## **ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ С ИНСУЛИНОМ И ГЛЮКАГОНОМ, ПРОВОДЯТ**

- 1) пробу с леводопой
- 2) повторную пробу с клонидином
- 3) тест на генерацию ИФР-1
- 4) мониторинг ночной секреции СТГ

## **АДРЕНКОРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В КОРТИКОТРОФАХ**

- 1) передней доли гипофиза
- 2) задней доли гипофиза
- 3) коры надпочечников
- 4) ядер гипоталамуса

## **МЕТОД ВВЕДЕНИЯ СМЕСИ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ НАСЫЩЕНИИ ПОЛОВЫМИ СТЕРОИДАМИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ**

- 1) внутривенный
- 2) внутримышечный
- 3) пероральный
- 4) подкожный

## **ПРИ ГИПЕРСЕКРЕЦИИ ГОРМОНА РОСТА НАЗНАЧАЕТСЯ**

- 1) октреотид

- 2) лейпролерин
- 3) десмопрессин
- 4) каберголин

**АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В**

- 1) надпочечниках
- 2) гипоталамусе
- 3) нейрогипофизе
- 4) аденогипофизе

**КОРТИКОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОН СТИМУЛИРУЕТ СИНТЕЗ И СЕКРЕЦИЮ**

- 1) АКТГ
- 2) ТТГ
- 3) ФСГ
- 4) СТГ

**ПРИ НАЛИЧИИ ГЛИОМЫ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ТРЕБУЕТСЯ ИСКЛЮЧАТЬ**

- 1) преждевременное половое развитие
- 2) узловые образования щитовидной железы
- 3) дефицит минералокортикоидов
- 4) гиперфункцию щитовидной железы

**КАБЕРГОЛИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ \_\_\_\_\_ - СЕКРЕТИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА**

- 1) ТТГ
- 2) СТГ
- 3) пролактин
- 4) АКТГ

**ЛАКТРОТРОФЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В \_\_\_\_\_ И ВЫРАБАТЫВАЮТ \_\_\_\_\_**

- 1) нейрогипофизе; пролактин
- 2) аденогипофизе; пролактин
- 3) нейрогипофизе; лактат
- 4) аденогипофизе; лактат

**ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТАМИ ДЕСМОПРЕССИНА НЕОБХОДИМО**

- 1) ограничить потребление соли
- 2) увеличить потребление жидкости
- 3) ввести 500 мл глюкозы раствора 5%
- 4) ограничить потребление жидкости

**ПРОЛАКТИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В**

- 1) средней доле гипофиза
- 2) ядрах гипоталамуса

- 3) задней доле гипофиза
- 4) передней доле гипофиза

**ПРОБА С ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ДЕФИЦИТ СТГ, А ТАКЖЕ ДИАГНОСТИРОВАТЬ**

- 1) гипотиреоз
- 2) гипопролактинемию
- 3) гипокортицизм
- 4) гипогонадизм

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, НАБЛЮДАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА, ЗАКЛЮЧАЮЩИЕСЯ В СНИЖЕНИИ**

- 1) минеральной костной массы
- 2) мышечной и жировой массы
- 3) жировой и увеличении мышечной массы
- 4) % жировой массы

**РАСЧЕТНАЯ ДОЗА СТГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕСТА НА ГЕНЕРАЦИЮ ИФР-1 СОСТАВЛЯЕТ (В МГ/КГ/СУТКИ)**

- 1) 0,033
- 2) 0,05
- 3) 0,015
- 4) 0,01

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПИНОМЫ ПРОВОДЯТ**

- 1) пробу с клонидином с определением уровня СТГ натощак и каждые 30 минут в течение 2 часов
- 2) пробу с инсулиновой гипогликемией с определением уровня СТГ натощак и каждые 15 минут в течение 1,5 часов
- 3) пробу с сухоядением с определением натрия крови и осмолярности крови и мочи
- 4) оральный глюкозотолерантный тест с определением уровня СТГ натощак и каждые 30 минут в течение 2 часов

**ПРИ РАЗВИТИИ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА НЕОБХОДИМО**

- 1) увеличить дозу глюкокортикоидов
- 2) оставить дозу глюкокортикоидов прежней
- 3) снизить дозу глюкокортикоидов
- 4) перейти на прием дексаметазона

**В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ**

- 1) парестезии
- 2) судороги

- 3) гипогликемии
- 4) головные боли

**ЧЕРЕЗ ТРИ НЕДЕЛИ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У ДЕВОЧКИ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ 4 ЛЕТ ПОЯВИЛИСЬ ВЫРАЖЕННЫЕ ОТЕКИ ПАЛЬЦЕВ КИСТЕЙ И СТОП, А ТАКЖЕ НА ЛИЦЕ. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО**

- 1) продолжить терапию в увеличенной (на 50%) дозе до полного исчезновения отеков, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной
- 2) продолжить терапию в прежней дозе
- 3) незамедлительно приостановить терапию до полного исчезновения отеков, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной дозе
- 4) продолжить терапию в уменьшенной (на 50%) дозе до полного исчезновения отеков, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной

**МАЛЬЧИК С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ 6 ЛЕТ, ПОЛУЧАЮЩИЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ТРЕХ НЕДЕЛЬ, СТАЛ ЖАЛОВАТЬСЯ НА ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЮЩИЕ ЛЕГКИЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО**

- 1) продолжить терапию соматропином в прежней дозе
- 2) продолжить терапию в уменьшенной (на 50%) дозе до полного исчезновения головных болей, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной
- 3) приостановить терапию и возобновить ее в прежней дозе после полного исчезновения головных болей
- 4) продолжить терапию в увеличенной (на 50%) дозе до полного исчезновения головных болей, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной

**ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ПОЯВЛЕНИЯ У МАЛЬЧИКА ГОНАДОТРОПИНЗАВИСИМОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- 1) менингиомы лобной кости
- 2) медуллобластомы IV желудочка
- 3) гипоталамической гамартомы
- 4) глиомы височной области

**ГИПОФИЗ СОСТОИТ ИЗ \_\_\_ ДОЛЕЙ**

- 1) 4
- 2) 2
- 3) 8
- 4) 6

**ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТГ-ДЕФИЦИТА НЕЛЬЗЯ ПРОВОДИТЬ ПРОБУ С**

- 1) глюкагоном

- 2) клонидином
- 3) инсулином
- 4) леводопой

### **СОЧЕТАНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ НАЛИЧИЯ**

- 1) компенсированной гидроцефалии
- 2) диффузной опухоли ствола
- 3) герминомы III желудочка
- 4) менингиомы теменной области

### **ПРИМЕНЕНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПОЯВЛЕНИЮ**

- 1) гиперкальциемии
- 2) гипертироксинемии
- 3) гипокортицизма
- 4) гиперпролактинемии

### **ВАЗОПРЕССИН ДЕПОНИРУЕТСЯ И ВЫБРАСЫВАЕТСЯ В КРОВОТОК ИЗ**

- 1) гипоталамуса
- 2) четверохолмия
- 3) аденогипофиза
- 4) нейрогипофиза

### **ПРИ НАЛИЧИИ ГЕРМИНОМЫ III ЖЕЛУДОЧКА ПЕРЕД НАЧАЛОМ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И/ИЛИ ВО ВРЕМЯ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ КОМПЕНСАЦИЮ**

- 1) СТГ-дефицита
- 2) гиперинсулинемии
- 3) гипотиреоза
- 4) гиперпролактинемии

### **К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ, ОТНОСЯТ**

- 1) снижение артериального давления, брадикардию, сонливость
- 2) гипогликемию, потливость, чувство голода, тахикардию, тремор конечностей
- 3) транзиторное покраснение лица
- 4) тошноту, головокружение, боли в животе

### **«КУКОЛЬНОЕ» ЛИЦО В СОЧЕТАНИИ С БОЛЬШИМ НАВИСАЮЩИМ ЛБОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) гипохондроплазии
- 2) конституциональной низкорослости
- 3) синдрома Корнелии де Ланге
- 4) врожденного гипопитуитаризма

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- 1) гипопроотеинемия
- 2) гиперхолестеринемия
- 3) гипонатриемия
- 4) гипербилирубинемия

**МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРОВОДИТСЯ ДО ПРОВЕДЕНИЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫХ ПРОБ ПРИ**

- 1) низко-нормальном уровне ИФР-1
- 2) выраженной низкорослости (рост < 3SD)
- 3) подозрении на объемный процесс головного мозга
- 4) отсутствию низкорослых родственников

**К НЕФРОГЕННОМУ НЕСАХАРНОМУ ДИАБЕТУ ПРИВОДИТ НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ВАЗОПРЕССИНУ \_\_\_\_\_ В ПОЧКАХ**

- 1) V2-рецепторов
- 2) 5-альфа-редуктазы
- 3) MCR2-рецепторов
- 4) ароматазы

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКСКРЕЦИИ СВОБОДНОГО КОРТИЗОЛА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ ДИАГНОСТИКИ**

- 1) врожденного гипопитуитаризма
- 2) синдрома Иценко-Кушинга
- 3) диффузного токсического зоба
- 4) синдрома Шерешевского-Тернера

**ПРИ НАЛИЧИИ КРАНИОФАРИНГИОМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ НАЧАТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ, НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КОМПЕНСАЦИЮ**

- 1) несахарного диабета
- 2) гиперпролактинемии
- 3) СТГ-дефицита
- 4) гипогонадизма

**ДЕСМОПРЕССИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ТЕРАПИИ**

- 1) нефрогенного несахарного диабета
- 2) синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона
- 3) психогенной полидипсии
- 4) центрального несахарного диабета

**РЕЗУЛЬТАТЫ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИ**

- 1) кратковременном снижении уровня гликемии менее, чем на 30% от исходного

уровня

2) отсутствию снижения гликемии

3) достижении умеренной гипогликемии (глюкоза от 2,5 до 3,0 ммоль/л или ее снижение на 30% от исходного уровня)

4) достижении адекватной гипогликемии (глюкоза < 2,5 ммоль/л или ее снижение на 50% от исходного уровня)

### **СИНДРОМ ДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ КАХЕКСИИ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ**

1) эндосупраселлярной краниофарингиомы

2) глиомы хиазмально-селлярной области

3) глиомы височной области

4) кисты эпифиза

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ИФР-1 ПРОВОДИТСЯ**

1) только с учетом пола и стадии пубертата

2) по усредненным нормам

3) только с учетом возраста

4) с учетом пола, возраста и стадии пубертата

### **ГАЛАКТОРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ СИМПТОМОВ \_\_\_\_\_ У ДЕВОЧЕК**

1) макропролактиномы

2) астроцитомы

3) менингиомы

4) медуллобластомы

### **ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ СТГ-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ**

1) акромегалоидных изменений внешности

2) множественных невусов

3) широких багровых стрий

4) шаткости походки

### **ПОВЫШЕНИЕ ОСМОЛЯРНОСТИ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТОМ**

1) окситоцина

2) вазопрессина

3) ренина

4) соматропина

### **МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ СТГ НА СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЕ С КЛОНИДИНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЕННОМ ПРОМЕЖУТКЕ (В МИНУТАХ)**

1) 90-120

2) 30-60

3) 120-180

4) 45-90

## **СЕПТО-ОПТИЧЕСКАЯ ДИСПЛАЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ**

- 1) GH-1
- 2) PROP-1
- 3) HESX-1
- 4) PIT-1

## **ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ**

- 1) герминомы III желудочка
- 2) медуллобластомы червя мозжечка
- 3) микроаденомы гипофиза
- 4) менингиомы височной области

## **НАЛИЧИЕ ГЛИОМЫ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ И ПЯТЕН ЦВЕТА «КОФЕ С МОЛОКОМ» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) нейрофиброматоза 1 типа
- 2) синдрома МЭН 1 типа
- 3) синдрома Мак-Кьюна - Олбрайта - Брайцева
- 4) аутоиммунного полигландулярного синдрома

## **СИНТЕЗИРУЕТСЯ В ЯДРАХ ГИПОТАЛАМУСА И НАКАПЛИВАЕТСЯ В ЗАДНЕЙ ДОЛЕ ГИПОФИЗА**

- 1) гонадотропин-рилизинг гормон
- 2) меланоцитстимулирующий гормон
- 3) антимюллеров гормон
- 4) антидиуретический гормон

## **АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В КОРТИКОТРОФАХ**

- 1) аденогипофиза
- 2) нейрогипофиза
- 3) надпочечников
- 4) гипоталамуса

## **ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ВЫСОКОРОСЛОСТЬ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) повышение уровня ИФР1
- 2) отсутствие снижения уровня СТГ или недостаточное его снижение ( $>1,0$  нг/мл)
- 3) снижение уровня СТГ (ниже  $1,0$  нг/мл) или до неопределяемых значений
- 4) снижение уровня ИФР1

## **КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НИЖНЕГО КАМЕНИСТОГО СИНУСА ПРИ СИНДРОМЕ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ**

- 1) уточнения размеров аденомы гипофиза
- 2) определения источника избыточной продукции кортизола
- 3) определения источника избыточной продукции АКТГ

4) введения лекарственных препаратов в область гипофиза

**СОГЛАСНО РОССИЙСКОМУ НАЦИОНАЛЬНОМУ КОНСЕНСУСУ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГИПОПИТУИТАРИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОТ 2018 ГОДА), ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТГ-ДЕФИЦИТА В ИСХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

- 1) возможна через 2 года после окончания всех видов лечения
- 2) недопустима вне зависимости от сроков динамического наблюдения
- 3) возможна сразу после окончания всех видов лечения
- 4) возможна не раньше, чем через 5 лет после окончания всех видов лечения

**ГАЛАКТОРЕЯ, АПАТИЯ, СНИЖЕНИЕ ЛИБИДО, АМЕНОРЕЯ, БЕСПЛОДИЕ, СНИЖЕНИЕ ЗРЕНИЯ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПЕРЕЛОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

- 1) гиперкортицизма
- 2) пролактиномы
- 3) гипотиреоза
- 4) гиперпаратиреоза

**КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НИЗКИЙ СВОБОДНЫЙ Т4, ЗАФИКСИРОВАННЫЙ КАК МИНИМУМ В**

- 1) двух образцах крови на фоне нормального или сниженного ТТГ
- 2) двух образцах крови на фоне сниженного ТТГ
- 3) двух образцах крови на фоне нормального, сниженного или умеренно повышенного ТТГ
- 4) одном образце крови на фоне сниженного ТТГ

**ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) склонность к запорам
- 2) появление стрий
- 3) ускорение темпов роста
- 4) нарушение зрения

**СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В**

- 1) гипоталамусе
- 2) нейрогипофизе
- 3) аденогипофизе
- 4) печени

**ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРОЛАКТИНОМЫ У ДЕВОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) булимия
- 2) бессонница
- 3) галакторея
- 4) болезненное мочеиспускание

## **ПРОЛАКТИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В**

- 1) надпочечниках
- 2) гипоталамусе
- 3) нейрогипофизе
- 4) аденогипофизе

## **ДЛИТЕЛЬНАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) врожденного гипопитуитаризма
- 2) приобретенного гипопитуитаризма
- 3) гипохондроплазии
- 4) спондило-эпифизарной дисплазии

## **ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ СТГ-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) замедление темпов роста
- 2) ускорение темпов роста
- 3) появление витилиго на руках
- 4) появление гипертрихоза

## **ТЕСТ НА ГЕНЕРАЦИЮ ИФР-1 ПРОВОДИТСЯ ПРИ**

- 1) сниженном ( $< -2$  SDS) уровне ИФР-1, если при этом выброс СТГ на стимуляции выше 10 нг/мл
- 2) нормальном или повышенном уровне ИФР-1 и сниженном уровне СТГ на стимуляции
- 3) повышенном уровне ИФР-1 и уровне СТГ на стимуляции не выше 7 нг/мл
- 4) сниженном уровне ИФР-1 при отсутствии выброса СТГ на стимуляции (менее 3 нг/мл)

## **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОБА С**

- 1) синактеном
- 2) дексаметазоном
- 3) бусерелином
- 4) клонидином

## **ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ДЕСМОПРЕССИНА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) пролактина
- 2) окситоцина
- 3) гормона роста
- 4) вазопрессина

## **ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА ПРИЕМОМ**

- 1) левотироксина натрия
- 2) бигуанидов
- 3) антипсихотиков

4) препаратов витамина Д

### **АНТИДИУРЕТИЧЕСКИЙ ГОРМОН ТАКЖЕ НАЗЫВАЕТСЯ**

- 1) вазопрессинном
- 2) окситоцином
- 3) соматропином
- 4) серотонином

### **КОРТИКОТРОФЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В**

- 1) аденогипофизе
- 2) нейрогипофизе
- 3) надпочечниках
- 4) почках

### **НАРУШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ АДИАУРЕТИНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ**

- 1) вторичной надпочечниковой недостаточности
- 2) центрального несахарного диабета
- 3) первичной полидипсии
- 4) острой почечной недостаточности

### **ПРОБУ С СУХОЕДЕНИЕМ ПРОВОДЯТ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ**

- 1) центральным и периферическим гипокортицизмом
- 2) первичным и вторичным гипотиреозом
- 3) первичной полидипсией и несахарным диабетом
- 4) кетотической и некетотической гипогликемиями

### **ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) КТ головного мозга
- 2) МРТ головного мозга
- 3) ПЭТ КТ
- 4) рентгенография черепа

### **ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ \_\_\_\_\_ ПО МЕХАНИЗМУ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ ЛГ**

- 1) половых стероидов
- 2) глюкокортикоидов
- 3) минералокортикоидов
- 4) гонадотропинов

### **ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) хронической почечной недостаточности
- 2) первичной полидипсии

- 3) постоперационного гипопаратиреоза
- 4) центрального несахарного диабета

**ЗАДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нейрогипофиз
- 2) аденогипофиз
- 3) эпифиз
- 4) гипоталамус

**ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) первичного гипокортицизма
- 2) вторичного гипотиреоза
- 3) первичного гипопаратиреоза
- 4) нефрогенного несахарного диабета

**СЕКРЕЦИЯ СТГ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В**

- 1) средней доле гипофиза
- 2) передней доле гипоталамуса
- 3) задней доле гипофиза
- 4) передней доле гипофиза

**ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В**

- 1) нейрогипофизе
- 2) аденогипофизе
- 3) гипоталамусе
- 4) щитовидной железе

**ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА И ОТСУТСТВИИ СИМПТОМОВ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ**

- 1) тиреоглобулина
- 2) макропролактина
- 3) антител к ТПО
- 4) паратгормона

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) октреотид
- 2) пасиреотид
- 3) бромокриптин
- 4) каберголин

**ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) СТГ-дефицита
- 2) нефрогенного несахарного диабета

- 3) первичного гипопаратиреоза
- 4) эндогенного гиперкортицизма

**ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ОКТРЕОТИДА ЯВЛЯЕТСЯ ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ**

- 1) гонадолиберина
- 2) вазопрессина
- 3) соматотропного гормона
- 4) пролактина

**ДЛЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНА**

- 1) гиперплазия надпочечников
- 2) стойкая гипокальциемия
- 3) депигментация кожи
- 4) гипоплазия надпочечников

**ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) аденогипофиз
- 2) нейрогипофиз
- 3) эпифиз
- 4) гипоталамус

**СОМАТОТРОФЫ СИНТЕЗИРУЮТ СТГ ПОД ВЛИЯНИЕМ**

- 1) тиреотропин-рилизинг гормона
- 2) соматостатин-рилизинг гормона
- 3) кортикотропин-рилизинг гормона
- 4) гормон роста-рилизинг гормона

**ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ СТГ-ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЦНС НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ**

- 1) кортизола
- 2) СТГ
- 3) гликированного гемоглобина
- 4) гормонов щитовидной железы

**ТИРЕОТРОФЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В**

- 1) щитовидной железе
- 2) ядрах гипоталамуса
- 3) задней доле гипофиза
- 4) передней доле гипофиза

**В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- 1) глюкагон
- 2) клофелин
- 3) леводопу

4) инсулин

**ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) диэнцефальной кахексии
- 2) диэнцефального ожирения
- 3) мочекаменной болезни
- 4) гипофосфатемического рахита

**ПРИ ПОВЫШЕНИИ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ СЕКРЕЦИЯ ВАЗОПРЕССИНА**

- 1) не меняется
- 2) уменьшается
- 3) увеличивается
- 4) блокируется

**ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НАЗНАЧАЕТСЯ**

- 1) метоклопрамид
- 2) окситоцин
- 3) каберголин
- 4) домперидон

**ПРИ ОЖИРЕНИИ ОТВЕТ СТГ НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКУЮ СТИМУЛЯЦИЮ**

- 1) не изменен
- 2) отсрочен
- 3) повышен
- 4) снижен

**РЕЦЕПТОРЫ К КОРТИКОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОНУ РАСПОЛАГАЮТСЯ В**

- 1) надпочечниках
- 2) кортикотрофах
- 3) кортикоцитах
- 4) гипоталамусе

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ВРОЖДЕННОГО ГИПОПИТУИТАРИЗМА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТ**

- 1) мышечную гипотонию
- 2) длительную желтуху
- 3) плохой набор массы тела
- 4) частые срыгивания

**ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) гиперсекреции СТГ
- 2) первичного гипокортицизма
- 3) вторичного гипотиреоза

4) гипергонадотропного гипогонадизма

**МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) КТ головного мозга
- 2) МРТ головного мозга
- 3) рентгенография черепа
- 4) УЗИ головного мозга

**ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПЕРВИЧНОЙ ПОЛИДИПСИЕЙ И НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОВОДЯТ ПРОБУ С**

- 1) глюкагоном
- 2) нагрузкой белком
- 3) голоданием
- 4) сухоедением

**У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ**

- 1) увеличение темпов роста
- 2) опережение костного возраста
- 3) снижение артериального давления
- 4) уменьшение размеров надпочечников

**ОДНИМ ИЗ САМЫХ ЧАСТЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) гипергонадотропного гипогонадизма
- 2) аутоиммунного тиреоидита
- 3) диэнцефальной кахексии
- 4) СТГ-недостаточности

**СОДЕРЖАНИЕ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА В КРОВИ**

- 1) повышается в ответ на гиперурикемию
- 2) снижается в ответ на гиперурикемию
- 3) снижается в ответ на гипогликемию
- 4) повышается в ответ на гипогликемию

**ОДНИМ ИЗ РАННИХ СИМПТОМОВ НАЛИЧИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) ускорение темпов роста
- 2) снижение остроты зрения
- 3) появление багровых стрий
- 4) появление гипертрихоза

**ОКТРЕОТИД НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) гиперсекреции вазопрессина
- 2) дефиците гормона роста
- 3) гиперсекреции гормона роста

4) дефиците вазопрессина

**СИНДРОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) нейрофиброматоза I типа
- 2) болезни Иценко – Кушинга
- 3) диффузного токсического зоба
- 4) синдрома МЭН1

**ДЛЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО**

- 1) увеличение темпов роста
- 2) снижение темпов роста
- 3) уменьшение размеров надпочечников
- 4) увеличение размеров щитовидной железы

**В КОНЦЕ ПРОБЫ С СУХОЕДЕНИЕМ ПАЦИЕНТУ ДАЮТ ДЕСМОПРЕССИН ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ**

- 1) первичной полидипсией и центральным несахарным диабетом
- 2) центральным и периферическим несахарным диабетом
- 3) первичной полидипсией и синдромом неадекватной секреции антидиуретического гормона
- 4) периферическим несахарным диабетом и первичной полидипсией

**ПРИ НАЛИЧИИ ГЛИОМЫ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ТРЕБУЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЬ**

- 1) дефицит тропных гормонов гипофиза
- 2) узловые образования щитовидной железы
- 3) дефицит минералокортикоидов
- 4) гиперфункцию щитовидной железы

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА ВНЕЗАПНОГО ЗАМЕДЛЕНИЯ ТЕМПОВ РОСТА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) рентгенографии кистей рук
- 2) теста на генерацию ИФР-1
- 3) МРТ головного мозга
- 4) одной СТГ-стимуляционной пробы

**ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА ВАЗОПРЕССИНА РАЗВИВАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ДИАБЕТ**

- 1) нефрогенный несахарный
- 2) центральный несахарный
- 3) инсулин-независимый сахарный
- 4) инсулинзависимый сахарный

**РИЛИЗИНГ-ГОРМОНЫ ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_ ГОРМОНАМИ ГИПОТАЛАМУСА**

- 1) стероидными

- 2) пептидными
- 3) липидными
- 4) полиеновыми

**ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ГИПОФИЗАРНЫМ И ЭКТОПИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРОМ АКТГ-СЕКРЕЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРИМЕНЯЮТ**

- 1) пробу с глюкагоном
- 2) пробу с глюконатом кальция
- 3) большую пробу с дексаметазоном
- 4) оральный глюкозо-толерантный тест

**ПРООПИОМЕЛАНКОРТИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРОГОРМОНОМ, ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ \_\_\_\_\_ ГОРМОНА**

- 1) адренокортикотропного
- 2) тиреотропного
- 3) антидиуретического
- 4) соматотропного

**МАКРОАДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ РАЗМЕРАМИ (В ММ)**

- 1) 8×12
- 2) 9×5
- 3) 2×1
- 4) 3×6

**НЕФРОГЕННЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- 1) избыточного потребления жидкости
- 2) нарушения чувствительности почек к действию антидиуретического гормона
- 3) нарушения синтеза антидиуретического гормона
- 4) чрезмерного потребления соли с пищей

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «ГИГАНТИЗМ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) повышение уровня ИФР1
- 2) снижение уровня СТГ (ниже 1,0 нг/мл) или до неопределяемых значений
- 3) отсутствие снижения уровня СТГ или недостаточное его снижение (>1,0 нг/мл)
- 4) снижение уровня ИФР1

**ПРИ СИНДРОМЕ НЕАДЕКВАТНОЙ СЕКРЕЦИИ АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА, ВЫРАЖАЮЩЕЙСЯ В ИЗБЫТКЕ АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА, ОТМЕЧАЮТ**

- 1) повышенную концентрацию мочи, гипонатриемию, гипоосмолярность плазмы
- 2) пониженную концентрацию мочи, гипернатриемию, гиперосмолярность плазмы
- 3) гипоосмолярность мочи, гипонатриурию, гиперосмолярность плазмы
- 4) гипотермию, дегидратацию, полиурию

**КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ СТИМУЛИРОВАННОГО КОРТИЗОЛА НА ПРОБЕ С ИНСУЛИНОМ МЕНЕЕ (В НМОЛЬ/Л)**

- 1) 500
- 2) 700
- 3) 100
- 4) 300

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

- 1) ЛПВП
- 2) АСТ
- 3) АЛТ
- 4) ЛПНП

**ДЕГИДРАТАЦИЯ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ**

- 1) артериального давления
- 2) объема мочи
- 3) осмолярности мочи
- 4) осмолярности плазмы

**АНАЛОГОМ АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нимесулид
- 2) гипотиазид
- 3) каберголин
- 4) десмопрессин

**ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТАМИ ДЕСМОПРЕССИНА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВЫРАЖЕННОЙ**

- 1) гипокальциемии
- 2) гиперкальциемии
- 3) гипернатриемии
- 4) гипонатриемии

**В ЯДРАХ ГИПОТАЛАМУСА ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ**

- 1) тиреотропины
- 2) гонадотропины
- 3) релизинг-гормоны
- 4) соматропины

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ НАБЛЮДАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА, ЗАКЛЮЧАЮЩИЕСЯ В УМЕНЬШЕНИИ**

- 1) мышечной и жировой массы
- 2) мышечной и увеличении жировой массы
- 3) минеральной костной массы

4) % жировой массы

**МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ГЛЮКАГОНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/М<sup>2</sup>)**

- 1) 0,8
- 2) 1
- 3) 0,5
- 4) 1,5

**ВАЗОПРЕССИН \_\_\_\_\_ В ЯДРАХ ГИПОТАЛАМУСА И \_\_\_\_\_ В ЗАДНЕЙ ДОЛЕ ГИПОФИЗА**

- 1) синтезируется; накапливается
- 2) накапливается; синтезируется
- 3) синтезируется; разрушается
- 4) накапливается; разрушается

**ПРИ НАЛИЧИИ ГЕРМИНОМЫ III ЖЕЛУДОЧКА ПЕРЕД НАЧАЛОМ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И/ИЛИ ВО ВРЕМЯ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ КОМПЕНСАЦИЮ**

- 1) СТГ-дефицита
- 2) несахарного диабета
- 3) гиперпролактинемии
- 4) гиперинсулинемии

**ИНГИБИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СЕКРЕЦИЮ СТГ ОКАЗЫВАЕТ**

- 1) кратковременная физическая нагрузка
- 2) хронический стресс
- 3) гипогликемия
- 4) сон

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ТЕРАПИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гидрокортизон
- 2) флудрокортизон
- 3) десмопрессин
- 4) спиронолактон

**ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМ И НЕФРОГЕННЫМ НЕСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В КОНЦЕ ПРОБЫ С СУХОЕДЕНИЕМ**

- 1) вводят гидрокортизон
- 2) вводят глюкагон
- 3) дают десмопрессин
- 4) дают спиронолактон

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ**

**НАБЛЮДАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА, ЗАКЛЮЧАЮЩИЕСЯ В УВЕЛИЧЕНИИ**

- 1) минеральной костной массы
- 2) мышечной и жировой массы
- 3) жировой и уменьшении мышечной массы
- 4) % жировой массы

**ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КОРТИКОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) синдрома гипокальциемии
- 2) центрального несахарного диабета
- 3) острой почечной недостаточности
- 4) сольтеряющего криза

**ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нарушение суточного ритма секреции АКТГ
- 2) повышенный уровень кортизола при низком АКТГ
- 3) подавление кортизола на малой дексаметазоновой пробе
- 4) низкая экскреция свободного кортизола в суточной моче

**ГАЛАКТОРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ СИМПТОМОВ \_\_\_\_\_ У ДЕВОЧЕК**

- 1) микропролактиномы
- 2) менингиомы
- 3) медуллобластомы
- 4) астроцитомы

**ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ТТГ И НОРМАЛЬНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ СВОБОДНОГО Т4 У МАЛЬЧИКА С ВТОРИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕВОТИРОКСИНОМ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) продолжение терапии левотироксином в прежней дозе
- 2) снижение дозы левотироксина
- 3) повышение дозы левотироксина
- 4) отмена левотироксина

**ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) сужение полей зрения
- 2) отвращение к пище
- 3) повышенная потливость
- 4) нарушение ритма сон-бодрствование

**ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА ПО МЕХАНИЗМУ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИВОДИТ К \_\_\_\_\_ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ \_\_\_\_\_**

- 1) снижению; АКТГ
- 2) повышению; АКТГ

- 3) снижению; ТТГ
- 4) повышению; СТГ

**ПРИ АКТУАЛЬНОСТИ ВОПРОСА ФЕРТИЛЬНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ КАЛЬМАНА НАЗНАЧАЮТ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩУЮ**

- 1) фолликулостимулирующий гормон и хорионический гонадотропин
- 2) лютеинизирующий гормон и препараты блокаторов ароматазы
- 3) аналог гонадотропин-рилизинг гормона и тестостерона пропионат
- 4) ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа и тестостерона ундеканоат

**МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ МИКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) терапия агонистами рецептора дофамина
- 2) хирургическое удаление микроаденомы
- 3) применение лучевой терапии
- 4) динамическое наблюдение

**СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СЕКРЕЦИЮ СТГ ОКАЗЫВАЕТ**

- 1) хронический стресс
- 2) кратковременная физическая нагрузка
- 3) гипергликемия
- 4) недоедание

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ НАБЛЮДАЮТ**

- 1) опережение интеллектуального развития
- 2) задержку интеллектуального развития
- 3) нормальное интеллектуальное развитие
- 4) синдром гиперактивности

**СЕКРЕЦИЮ ПРОЛАКТИНА ИНГИБИРУЕТ**

- 1) серотонин
- 2) дофамин
- 3) ангиотензин
- 4) окситоцин

**ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С ИНСУЛИНОМ У РЕБЕНКА ДО 5 ЛЕТ ДОЗА ИНСУЛИНА ДОЛЖНА БЫТЬ СНИЖЕНА ДО (ЕД/КГ)**

- 1) 0,01
- 2) 0,03
- 3) 0,05-0,07
- 4) 0,09

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ВРОЖДЕННОГО ГИПОПИТУИТАРИЗМА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТ**

- 1) мышечную гипотонию
- 2) гипогликемии натощак

- 3) плохой набор массы тела
- 4) частые срыгивания

**ПРИ НАЛИЧИИ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА И УТОЛЩЕНИЯ СТЕБЛЯ ГИПОФИЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ**

- 1) скорость клубочковой фильтрации
- 2) суточный ритм кортизола в крови
- 3) суточную экскрецию свободного кортизола в моче
- 4) хорионический гонадотропин человека и альфа-фетопротеин

**ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ УДАЛЕНИЮ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) периодически возникающая головная боль
- 2) прогрессивное снижение остроты зрения
- 3) психоэмоциональная лабильность
- 4) тошнота при приеме каберголина утром

**ДЛЯ СИНДРОМА ДЕ МОРСЬЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) агенезия/гипоплазия прозрачной перегородки и мозолистого тела
- 2) гиперплазия зрительных нервов
- 3) расширение субарахноидальных пространств
- 4) киста кармана Ратке

**ТЕСТ НА ГЕНЕРАЦИЮ ИФР-1 НЕ ПРОВОДЯТ ПРИ**

- 1) сниженном уровне ИФР-1 при нормальных значениях СТГ на стимуляции
- 2) нормальном или повышенном уровне ИФР-1
- 3) наличии «триады» на МРТ
- 4) отрицательных результатах двух проб

**ТИРЕОТРОФЫ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКАМИ, КОТОРЫЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В**

- 1) задней доле гипофиза
- 2) передней доле гипофиза
- 3) ядрах гипоталамуса
- 4) щитовидной железе

**РИЛИЗИНГ-ГОРМОНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕПТИДНЫМИ ГОРМОНАМИ**

- 1) гипофиза
- 2) гипоталамуса
- 3) хиазмы
- 4) эпифиза

**ПРЕПАРАТЫ СОМАТРОПИНА ХРАНЯТСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРНОМ РЕЖИМЕ ОТ \_\_\_\_ ДО \_\_\_\_ (В ГРАДУСАХ ЦЕЛЬСИЯ)**

- 1) +2; +8
- 2) 0; +6

3) +5; +10

4) -2; -8

**ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

1) гипергонадотропного гипогонадизма

2) гипогонадотропного гипогонадизма

3) гонадотропиннезависимого преждевременного полового развития

4) гонадотропинзависимого преждевременного полового развития

**ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ**

1) СТГ-дефицит

2) нефрогенный несахарный диабет

3) гипергонадотропный гипогонадизм

4) первичный гипокортицизм

**ЕСЛИ У МАЛЬЧИКА 13 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ ТЕМПОВ РОСТА НА ФОНЕ ПРОГРЕССИВНОГО УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА И ПОВЫШЕНИЯ АД, ТО НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДАННОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

1) гипогонадизм

2) гипотиреоз

3) гиперкортицизм

4) сахарный диабет 2 типа

**РЕБЕНКУ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, ЗАБОЛЕВШЕМУ ОРЗ В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ**

1) продолжить в прежней дозе

2) приостановить и возобновить ее после полного выздоровления

3) продолжить в меньшей (на 50%) дозе и вернуться к исходной после полного выздоровления

4) продолжить в увеличенной (на 50%) дозе и вернуться к исходной после полного выздоровления

**ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ АКТГ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ПРИВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ**

1) феохромоцитомы

2) первичного гипокортицизма

3) болезни Иценко-Кушинга

4) АКТГ-эктопического синдрома

**ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

1) первичного гиперкортицизма

2) хронического аутоиммунного тиреоидита

3) кетотических гипогликемий

4) гипогонадотропного гипогонадизма

**ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) учащенное мочеиспускание
- 2) головная боль
- 3) пастозность лица
- 4) гипергидроз кожи

**ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ СТГ-ДЕФИЦИТ РАЗВИВАЕТСЯ \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ**

- 1) менее, чем в 10
- 2) примерно в 70
- 3) примерно в 50
- 4) практически в 100

**ГЛАВНЫМ ПРОЛАКТИН-ИНГИБИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) окситоцин
- 2) ангиотензин
- 3) серотонин
- 4) дофамин

**ЭНДОГЕННЫЙ ИЗБЫТОК АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА ВЫРАЖАЕТСЯ В СИНДРОМЕ \_\_\_\_\_ СЕКРЕЦИИ АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА**

- 1) неизменной
- 2) исчезающей
- 3) пониженной
- 4) неадекватной

**НЕДОСТАТОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ ВАЗОПРЕССИНА ПРИВОДИТ К \_\_\_\_ ДИАБЕТУ**

- 1) инсулиннезависимому сахарному
- 2) нефрогенному несахарному
- 3) центральному несахарному
- 4) инсулинозависимому сахарному

**ПРООПИОМЕЛАНКОРТИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРОГОРМОНОМ, ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ \_\_\_\_\_ ГОРМОНА**

- 1) меланоцитстимулирующего
- 2) тиреотропного
- 3) антидиуретического
- 4) соматотропного

**ПРИ НАЛИЧИИ ГАЛАКТОРЕИ У ДЕВУШКИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ**

- 1) несахарный диабет
- 2) гиперкортизолемию
- 3) сахарный диабет

4) гиперпролактинемию

**ДЕВОЧКЕ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ 5 ЛЕТ, КОТОРАЯ СТАЛА ЖАЛОВАТЬСЯ НА ЕЖЕДНЕВНЫЕ СИЛЬНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ЧЕРЕЗ ТРИ НЕДЕЛИ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО**

- 1) продолжить терапию в уменьшенной (на 50%) дозе до полного исчезновения головных болей, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной
- 2) продолжить терапию в увеличенной (на 50%) дозе до полного исчезновения головных болей, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной
- 3) продолжить терапию в прежней дозе
- 4) незамедлительно приостановить терапию до полного исчезновения головных болей, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной дозе

**КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА У ДЕТЕЙ СЛУЖИТ РАЗВИТИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ**

- 1) психогенной полидипсии
- 2) первичной надпочечниковой недостаточности
- 3) вторичной надпочечниковой недостаточности
- 4) центрального несахарного диабета

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ЛЕВОДОПОЙ ПРИ МАССЕ ТАЛА РЕБЕНКА МЕНЕЕ 15 КГ ДОЗА ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)**

- 1) 125
- 2) 250
- 3) 500
- 4) 300

**ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) многоузлового нетоксического зоба
- 2) диффузного токсического зоба
- 3) аутоиммунного тиреоидита
- 4) вторичного гипотиреоза

**ВАЗОПРЕССИН НАКАПЛИВАЕТСЯ И ВЫСВОБОЖДАЕТСЯ В КРОВОТОК ИЗ**

- 1) бугров четверохолмия
- 2) передней доли гипофиза
- 3) задней доли гипофиза
- 4) ядер гипоталамуса

**ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) болезни Иценко-Кушинга
- 2) АКТГ-эктопированного синдрома
- 3) первичного гипокортицизма
- 4) вторичного гипокортицизма

**КОРТИКОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В**

- 1) аденогипофизе и стимулирует синтез и секрецию МСГ
- 2) гипоталамусе и стимулирует синтез и секрецию АКТГ
- 3) гипоталамусе и подавляет синтез и секрецию АКТГ
- 4) нейрогипофизе и стимулирует синтез и секрецию ФСГ

**НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ V2-РЕЦЕПТОРОВ ПОЧЕК К ВАЗОПРЕССИНУ ПРИВОДИТ К \_\_\_\_\_ ДИАБЕТУ**

- 1) инсулиннезависимому сахарному
- 2) центральному несахарному
- 3) нефрогенному несахарному
- 4) инсулинозависимому сахарному

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) октреотид
- 2) каберголин
- 3) пасиреотид
- 4) бромокриптин

**К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С КЛОНИДИНОМ, ОТНОСЯТ**

- 1) снижение артериального давления, брадикардию, сонливость
- 2) гипогликемию, потливость, чувство голода, тахикардию, тремор конечностей
- 3) тошноту, головокружение, боли в животе
- 4) транзиторное покраснение лица, гипогликемию

**ЛАКТОТРОФЫ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКАМИ, КОТОРЫЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В**

- 1) надпочечниках
- 2) гипоталамусе
- 3) нейрогипофизе
- 4) аденогипофизе

**НА МИКРОФОТОГРАФИИ ПРЕДСТАВЛЕН БИОПТАТ ГИПОФИЗА 14-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА, ДИАГНОЗ**

- 1) герминома
- 2) эмбриональная карцинома
- 3) пинеобластома
- 4) опухоль желточного мешка

**СИНТЕЗИРУЕТСЯ В ЯДРАХ ГИПОТАЛАМУСА И НАКАПЛИВАЕТСЯ В ЗАДНЕЙ ДОЛЕ**

## **ГИПОФИЗА**

- 1) вазопрессин
- 2) пролактин
- 3) соматропин
- 4) гонадолиберин

## **КАБЕРГОЛИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- 1) гиперпролактинемии
- 2) инсулинорезистентности
- 3) гипернатриемии
- 4) гипокалиемии

## **НЕЙРОФИБРОМАТОЗ I ТИПА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ НАЛИЧИЕМ**

- 1) диффузного токсического зоба
- 2) АКТГ-зависимого гиперкортицизма
- 3) центрального преждевременного полового развития
- 4) синдрома резистентности к тиреоидным гормонам

## **МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ СТГ НА СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЕ С ИНСУЛИНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЕННОМ ПРОМЕЖУТКЕ (В МИНУТАХ)**

- 1) 90-120
- 2) 45-90
- 3) 120-180
- 4) 30-60

## **В ИСХОДЕ КРАНИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ**

- 1) первичный гипогонадизм
- 2) минералокортикоидная недостаточность
- 3) первичный гипокортицизм
- 4) преждевременное половое развитие

## **ПОВРЕЖДЕНИЕ НОЖКИ ГИПОФИЗА БУДЕТ ПРИВОДИТЬ К**

- 1) гиперкортизолемии
- 2) гипопролактинемии
- 3) гиперпролактинемии
- 4) гипертироксинемии

## **НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛИНЫ И МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ, ВЫРАЖЕННАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА, УМЕНЬШЕННАЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ, ЗАПАВШАЯ ПЕРЕНОСИЦА, ОЖИРЕНИЕ, СКЛОННОСТЬ К ГИПОГЛИКЕМИЯМ, НИЗКИЙ ИФР-1 ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ**

- 1) Блума
- 2) Сильвера-Рассела
- 3) Ларона
- 4) Прадера-Вилли

### **ТРЕХФАЗНОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) послеоперационного несахарного диабета
- 2) детей раннего возраста
- 3) нефрогенного несахарного диабета
- 4) передозировки диуретических препаратов

### **МЕЛАНОЦИТСТИМУЛИРУЮЩИЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В КОРТИКОТРОФАХ**

- 1) задней доли гипофиза
- 2) передней доли гипофиза
- 3) ядер гипоталамуса
- 4) коры надпочечников

### **РЕЦЕПТОРЫ К ТИРЕОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНУ РАСПОЛАГАЮТСЯ В**

- 1) тиреоцитах
- 2) тиреотрофах
- 3) кортикотрофах
- 4) фолликулах

### **ИНГИБИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА СЕКРЕЦИЮ СТГ ОКАЗЫВАЮТ**

- 1) сон, физиологический стресс
- 2) гипогликемии
- 3) кратковременные физические нагрузки
- 4) гипергликемии, хронический стресс, недоедание

### **ГОНАДОТРОПИНЫ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ В**

- 1) аденогипофизе
- 2) нейрогипофизе
- 3) эпифизе
- 4) гипоталамусе

### **ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ, ГИПОНАТРИЕМИЯ, ГИПООСМОЛЯРНОСТЬ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ КОМПОНЕНТАМИ СИНДРОМА НЕАДЕКВАТНОЙ СЕКРЕЦИИ**

- 1) МСГ
- 2) АМГ
- 3) АДГ
- 4) АКТГ

### **ОДНИМ ИЗ РАННИХ СИМПТОМОВ НАЛИЧИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) выраженное снижение темпов роста
- 2) повышение артериального давления
- 3) появление акне на коже лица
- 4) появление синюшных стрий на животе

### **ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ**

## **КРАНИОФАРИНГИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) первичного гипокортицизма
- 2) гипергонадотропного гипогонадизма
- 3) нефрогенного несахарного диабета
- 4) диэнцефального ожирения

## **У РЕБЕНКА С МАКРОПРОЛАКТИНОМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИМ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ АГОНИСТАМИ Д2 РЕЦЕПТОРОВ, ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ СНИЖЕНИИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) динамическое наблюдение
- 2) хирургическое удаление аденомы
- 3) смена препарата из группы агонистов Д2 рецепторов
- 4) увеличение дозы агонистов Д2 рецепторов

## **РЕЦЕПТОРЫ К ВАЗОПРЕССИНУ РАСПОЛАГАЮТСЯ В**

- 1) почках
- 2) печени
- 3) сердце
- 4) гипофизе

## **ДЕТИ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ ПРИ РОЖДЕНИИ ИМЕЮТ**

- 1) нормальные показатели длины и массы тела
- 2) низкие показатели длины и массы тела
- 3) нормальную длину и избыточную массу тела
- 4) низкую длину и нормальную массу тела

## **ЧЕРЕЗ ТРИ НЕДЕЛИ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У МАЛЬЧИКА С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ 8 ЛЕТ ПОЯВИЛАСЬ ЛЕГКАЯ ПАСТОЗНОСТЬ ВЕК ПО УТРАМ. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО**

- 1) продолжить терапию в прежней дозе
- 2) продолжить терапию в уменьшенной (на 50%) дозе до полного исчезновения отеков, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной дозе
- 3) продолжить терапию в увеличенной (на 50%) дозе до полного исчезновения отеков, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной
- 4) незамедлительно приостановить терапию до полного исчезновения отеков, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной дозе

## **ПРИ НАЛИЧИИ ГЕРМИНОМЫ III ЖЕЛУДОЧКА ПЕРЕД НАЧАЛОМ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И/ИЛИ ВО ВРЕМЯ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ КОМПЕНСАЦИЮ**

- 1) гиперинсулинемии
- 2) гиперпролактинемии
- 3) гипокортицизма
- 4) СТГ-дефицита

## **ГИПОГЛИКЕМИИ НАТОЩАК, НАБЛЮДАЕМЫЕ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) врожденного гипопитуитаризма
- 2) синдрома Нунан
- 3) ахондроплазии
- 4) конституциональной низкорослости

## **ВАЗОПРЕССИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В**

- 1) задней доле гипофиза и накапливается в ядрах гипоталамуса
- 2) ядрах гипоталамуса и накапливается в задней доле гипофиза
- 3) передней доле гипофиза и накапливается в ядрах гипоталамуса
- 4) ядрах гипоталамуса и накапливается в передней доле гипофиза

## **ПРИ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА НАЗНАЧАЮТ**

- 1) десмопрессин
- 2) гидрохлортиазид
- 3) спиронолактон
- 4) ингибиторы ЦОГ-2

## **К МР-ПРИЗНАКАМ СЕПТО-ОПТИЧЕСКОЙ ДИСПЛАЗИИ ОТНОСЯТ**

- 1) гипоплазию/аплазию хиазмы/зрительных нервов, прозрачной перегородки/ мозолистого тела
- 2) гиперплазию аденогипофиза
- 3) «пустое» турецкое седло
- 4) гипоплазию гипофиза, воронки, эктопию нейрогипофиза

## **У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ**

- 1) гипернатриемия
- 2) гипонатриемия
- 3) гипогликемия
- 4) гипергликемия

## **ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ НАЗНАЧАЕТСЯ**

- 1) десмопрессин
- 2) каберголин
- 3) нимесулид
- 4) лейпролерин

## **ДОФАМИН ИНГИБИРУЕТ СЕКРЕЦИЮ**

- 1) тиреотропина
- 2) окситоцина
- 3) пролактина
- 4) вазопрессина

**АНТИДИУРЕТИЧЕСКИЙ ГОРМОН \_\_\_\_\_ В ЯДРАХ ГИПОТАЛАМУСА И \_\_\_\_\_ В ЗАДНЕЙ**

### **ДОЛЕ ГИПОФИЗА**

- 1) накапливается; синтезируется
- 2) синтезируется; накапливается
- 3) накапливается; разрушается
- 4) синтезируется; разрушается

### **ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ \_\_\_\_\_ ПО МЕХАНИЗМУ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ ТТГ**

- 1) тиреолиберина
- 2) тиреотропина
- 3) тирозина
- 4) тироксина

### **ГИПОТАЛАМИЧЕСКАЯ ГАМАРТОМА ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ**

- 1) гонадотропинзависимого преждевременного полового развития
- 2) водно-электролитных нарушений
- 3) нарушения толерантности к углеводам
- 4) поликистозных яичников

### **ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) первичного гипотиреоза
- 2) первичного гипокортицизма
- 3) вторичного гипокортицизма
- 4) многоузлового зоба

### **ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ДЕСМОПРЕССИНА ОТМЕЧАЮТ**

- 1) гипотермию, дегидратацию, полиурию
- 2) пониженную концентрацию мочи, гипернатриемию, гиперосмолярность плазмы
- 3) повышенную концентрацию мочи, гипонатриемию, гипоосмолярность плазмы
- 4) гипоосмолярность мочи, гипонатриурию, гиперосмолярность плазмы

### **ГАЛАКТОРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ СИМПТОМОВ \_\_\_\_\_ - СЕКРЕТИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ У ДЕВОЧЕК**

- 1) ТТГ
- 2) АКТГ
- 3) пролактин
- 4) СТГ

### **ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) эндогенного гиперкортицизма
- 2) первичного гипопаратиреоза
- 3) вторичного гипокортицизма
- 4) нефрогенного несахарного диабета

**РЕБЕНКУ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, ЗАБОЛЕВШЕМУ ГРИППОМ (ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ), ЦЕЛЕСООБРАЗНО ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ**

- 1) продолжить в прежней дозе
- 2) приостановить и возобновить ее после стойкого улучшения состояния
- 3) продолжить в увеличенной (на 50%) дозе и вернуться к исходной после полного выздоровления
- 4) продолжить в меньшей (на 50%) дозе и вернуться к исходной после полного выздоровления

**К ПЕПТИДНЫМ ГОРМОНАМ, КОТОРЫЕ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ, ОТНОСЯТ**

- 1) тиреотропин
- 2) гонадотропины
- 3) релизинг-гормоны
- 4) соматропин

**МЕТОД ВВЕДЕНИЯ КЛОНИДИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ**

- 1) подкожный
- 2) внутривенный
- 3) пероральный
- 4) внутримышечный

**РЕЦЕПТОРЫ К ГОРМОН РОСТА-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНУ РАСПОЛАГАЮТСЯ В**

- 1) костях
- 2) сердце
- 3) печени
- 4) соматотрофах

**ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ МАКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЧАСТО БЫВАЕТ**

- 1) двусторонний птоз
- 2) появление мидриаза
- 3) сужение полей зрения
- 4) возникновение нистагма

**МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) рентгенография черепа
- 2) ПЭТ головного мозга
- 3) КТ головного мозга
- 4) МРТ головного мозга

**ПОЯВЛЕНИЕ АКРОМЕГАЛОИДНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВНЕШНОСТИ МОЖЕТ ГОВОРИТЬ О НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА**

- 1) нефрогенного несахарного диабета

- 2) хронического аутоиммунного тиреоидита
- 3) СТГ-продуцирующей аденомы гипофиза
- 4) синдрома Шерешевского – Тернера

**ЧЕРЕЗ 2-4 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ**

- 1) парестезии
- 2) судороги
- 3) невралгии
- 4) артралгии

**ПРИ ПОВЫШЕНИИ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СЕКРЕЦИЯ \_\_\_\_\_ ГОРМОНА**

- 1) адренокортикотропного
- 2) антидиуретического
- 3) соматотропного
- 4) меланоцитстимулирующего

**ОКТРЕОТИД ЯВЛЯЕТСЯ АНАЛОГОМ**

- 1) вазопрессина
- 2) соматостатина
- 3) соматолиберина
- 4) гонадолиберина

**ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЧАСТО БЫВАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ**

- 1) покраснения щек
- 2) головной боли
- 3) болей в эпигастрии
- 4) широких синюшно-багровых стрий

**ПРИ НАЛИЧИИ КРАНИОФАРИНГИОМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ НАЧАТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ, НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КОМПЕНСАЦИЮ**

- 1) гиперпролактинемии
- 2) СТГ-дефицита
- 3) гипокортицизма
- 4) гипогонадизма

**ДОФАМИН ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ \_\_\_\_\_ ФАКТОРОМ**

- 1) тиреотропин-ингибирующим
- 2) окситоцин-ингибирующим
- 3) серотонин-ингибирующим
- 4) пролактин-ингибирующим

**СТИМУЛИРУЯ ДОФАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ ГИПОФИЗА, КАБЕРГОЛИН ВЫЗЫВАЕТ**

## **УГНЕТЕНИЕ СЕКРЕЦИИ**

- 1) пролактина
- 2) тирозина
- 3) дофамина
- 4) эндорфина

## **МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ СТГ НА СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЕ С L-ДОПОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЕННОМ ПРОМЕЖУТКЕ (В МИНУТАХ)**

- 1) 120-180
- 2) 90-120
- 3) 30-60
- 4) 45-90

## **ОДНИМ ИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ НОЖКИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперкортизолемиа
- 2) гипопролактинемия
- 3) гиперпролактинемия
- 4) гипертироксинемия

## **КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ БАЗАЛЬНОГО КОРТИЗОЛА**

- 1) ниже референсного значения в 2-3 образцах крови, взятых до 12<sup>00</sup>, на фоне низкого АКТГ
- 2) ниже референсного значения в 2-3 образцах крови, взятых в 6<sup>00</sup>-8<sup>00</sup>, на фоне низкого или нормального АКТГ
- 3) < 250 нмоль/л в 2-3 образцах крови, взятых до 12<sup>00</sup>, на фоне низкого АКТГ
- 4) < 250 нмоль/л в 2-3 образцах крови, взятых в 6<sup>00</sup>-8<sup>00</sup>, на фоне низкого или нормального АКТГ

## **ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОН РАСПОЛАГАЕТСЯ В**

- 1) аркуатных ядрах медиобазального гипоталамуса
- 2) преоптических ядрах гипоталамуса
- 3) паравентрикулярных ядрах гипоталамуса
- 4) супраоптических ядрах гипоталамуса

## **ПРИ ПОВЫШЕНИИ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СЕКРЕЦИЯ**

- 1) серотонина
- 2) окситоцина
- 3) вазопрессина
- 4) дофамина

## **ВТОРАЯ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С ДРУГИМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ СТИМУЛЯТОРОМ СТГ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ (ЧАСАХ)**

- 1) 36

- 2) 12
- 3) 72
- 4) 48

**ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КРАНИОСПИНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНО**

- 1) проводить УЗИ надпочечников
- 2) делать КТ брюшной полости
- 3) определять метанефрины в суточной моче
- 4) проводить УЗИ щитовидной железы

**К НЕФРОГЕННОМУ НЕСАХАРНОМУ ДИАБЕТУ ПРИВОДИТ НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ V2-РЕЦЕПТОРОВ ПОЧЕК К**

- 1) окситоцину
- 2) вазопрессину
- 3) серотонину
- 4) дофамину

**МАКСИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ СТГ НА СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЕ С ГЛЮКАГОНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЕННОМ ПРОМЕЖУТКЕ (В МИНУТАХ)**

- 1) 90-120
- 2) 30-60
- 3) 120-180
- 4) 45-90

**ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ СЛУЖИТ**

- 1) определение базального уровня пролактина
- 2) проведение пробы с тиролиберином
- 3) проведение пробы с метоклопрамидом
- 4) исследование суточного ритма пролактина

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ НАБЛЮДАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА, ЗАКЛЮЧАЮЩИЕСЯ В**

- 1) увеличении мышечной и жировой массы
- 2) увеличении мышечной и снижении жировой массы
- 3) снижении мышечной и жировой массы
- 4) снижении мышечной и увеличении жировой массы

**НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ТТГ И НОРМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ СВОБОДНОГО Т4 У ДЕВОЧКИ С ВТОРИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕВОТИРОКСИНОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ**

- 1) присоединении тиреотоксикоза
- 2) избыточной дозе левотироксина
- 3) состоянии компенсации

4) недостаточной дозе левотироксина

**ОДНИМ ИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) первичного гипокортицизма
- 2) аутоиммунного тиреоидита
- 3) послеоперационного гипопаратиреоза
- 4) вторичного гипокортицизма

**ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ НАЛИЧИЯ**

- 1) герминомы III желудочка
- 2) медуллобластомы IV желудочка
- 3) тератомы III желудочка
- 4) эпендимомы IV желудочка

**ПРИ ПОВЫШЕННОМ УРОВНЕ ПРОЛАКТИНА И ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ**

- 1) макропролактина
- 2) антител к ТПО
- 3) иммунореактивного инсулина
- 4) ТТГ

**ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАССИЧЕСКИМ МР-ПРИЗНАКОМ ГИПОПИТУИТАРИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) отсутствие патологии со стороны гипоталамо-гипофизарной области
- 2) гиперплазия аденогипофиза
- 3) умеренная гипоплазия аденогипофиза
- 4) «триада» (гипоплазия аденогипофиза, эктопия нейрогипофиза, аплазия/гипоплазия гипофизарной ножки)

**СТИМУЛИРУЯ ДОФАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ ГИПОФИЗА, \_\_\_\_\_ ВЫЗЫВАЕТ УГНЕТЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ПРОЛАКТИНА**

- 1) окситоцин
- 2) каберголин
- 3) метоклопрамид
- 4) домперидон

**ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАКТИНОМЫ В СОСТАВЕ МЭН 1 ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) назначение агонистов дофамина
- 2) химиолучевая терапия
- 3) протонотерапия
- 4) динамическое наблюдение

**ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ**

## **КРАНИОФАРИНГИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) диффузного токсического зоба
- 2) центрального несахарного диабета
- 3) послеоперационного гипопаратиреоза
- 4) первичного гипотиреоза

## **ЧЕРЕЗ ЧЕТЫРЕ ДНЯ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У МАЛЬЧИКА С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ 6 ЛЕТ БЫЛА ЗАМЕЧЕНА ЯРКАЯ ГИПЕРЕМИЯ НА МЕСТЕ ИНЪЕКЦИЙ. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО**

- 1) продолжить терапию в увеличенной (на 50%) дозе под прикрытием антигистаминных препаратов до полного исчезновения гиперемии, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной
- 2) продолжить терапию в прежней дозе под прикрытием антигистаминных препаратов
- 3) незамедлительно приостановить терапию соматропином, назначить антигистаминные препараты до полного исчезновения гиперемии, после чего возобновить лечение соматропином другой фирмы-производителя
- 4) продолжить терапию в уменьшенной (на 50%) дозе под прикрытием антигистаминных препаратов до полного исчезновения гиперемии, после чего постепенно (в течение 1-3 месяцев) вернуться к исходной дозе

## **ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ \_\_\_\_\_ ПО МЕХАНИЗМУ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ АКТГ**

- 1) кортиколиберина
- 2) минералокортикоидов
- 3) глюкокортикоидов
- 4) проопиомеланокортина

## **ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ**

- 1) гипергонадотропного гипогонадизма
- 2) первичного гипопаратиреоза
- 3) первичного гипокортицизма
- 4) центрального несахарного диабета

## **СТГ-СТИМУЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С ИНСУЛИНОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ**

- 1) бронхиальной астме
- 2) целиакии
- 3) эпилепсии
- 4) пиелонефрите

## **ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) хронического аутоиммунного тиреоидита
- 2) диффузного токсического зоба

- 3) многоузлового нетоксического зоба
- 4) вторичного гипотиреоза

### **МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) оперативное удаление аденомы гипофиза
- 2) терапия блокаторами стероидогенеза
- 3) проведение лучевой терапии
- 4) проведение адреналэктомии

### **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ГЛЮКАГОНОМ**

- 1) снижение артериального давления, брадикардия, сонливость
- 2) тошнота, рвота, головокружение, боли в животе
- 3) транзиторное покраснение лица
- 4) тошнота, гипергликемия

### **ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ СУТОЧНЫЙ АНАЛИЗ МОЧИ НА**

- 1) метанефрины и норметанефрины
- 2) кальций
- 3) свободный кортизол
- 4) белок

### **НАЛИЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОДНОЙ И БОЛЕЕ ТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТГ-ДЕФИЦИТА ПОЗВОЛЯЕТ**

- 1) провести дополнительно тест на генерацию ИФР-1
- 2) провести две стимуляционные пробы без проведения МРТ головного мозга
- 3) не проводить СТГ-стимуляционные пробы вообще
- 4) провести одну СТГ-стимуляционную пробу

### **ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- 1) резистентности к вазопрессину
- 2) гиперчувствительности к вазопрессину
- 3) избытка вазопрессина
- 4) дефицита вазопрессина

### **ГЛИОМА ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 5 ЛЕТ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ**

- 1) первичного гипокортицизма
- 2) диффузного токсического зоба
- 3) диэнцефальной кахексии
- 4) первичного гипопаратиреоза

### **ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА ПРИЕМОМ**

- 1) глюкокортикоидов
- 2) витаминов группы В

- 3) противорвотных препаратов
- 4) пищеварительных ферментов

**ЧЕРЕЗ 2-4 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТРОПИНОМ У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ**

- 1) отеки
- 2) гипогликемии
- 3) парестезии
- 4) судороги

**ВАЗОПРЕССИНОМ НАЗЫВАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ГОРМОН**

- 1) вазоинтестинальный
- 2) меланоцитостимулирующий
- 3) кортикотропный
- 4) антидиуретический

**В ИСХОДЕ КРАНИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ**

- 1) первичный гипокортицизм
- 2) вторичный гипокортицизм
- 3) диффузный токсический зоб
- 4) первичный гипогонадизм

**ВЫРАЖЕННОЕ УСКОРЕНИЕ ТЕМПОВ РОСТА МОЖЕТ ГОВОРИТЬ О НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА**

- 1) СТГ-продуцирующей аденомы гипофиза
- 2) первичного гипопаратиреоза
- 3) нефрогенного несахарного диабета
- 4) хронической надпочечниковой недостаточности

**В ИСХОДЕ КРАНИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ**

- 1) аутоиммунный тиреоидит
- 2) диффузный токсический зоб
- 3) первичный гипопаратиреоз
- 4) вторичный гипотиреоз

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) октреотид
- 2) пасиреотид
- 3) каберголин
- 4) бромокриптин

**ДЕСМОПРЕССИН НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) инсулинозависимом сахарном диабете
- 2) центральном несахарном диабете
- 3) преждевременном половом развитии

4) гиперсекреции гормона роста

**ПРИ НАЛИЧИИ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ ПРОВОДИТСЯ ПО УРОВНЮ \_\_\_\_\_ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ**

- 1) антител к ТГ
- 2) ТТГ
- 3) свободного Т4
- 4) антител к ТПО

**ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ 1 ТИПА МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ**

- 1) глиома зрительного нерва
- 2) герминативно-клеточная опухоль
- 3) эндосупраселлярная краниофарингиома
- 4) медуллобластома IV желудочка

**ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ СТГ-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) наличие широких багровых стрий
- 2) быстрое увеличение размеров обуви
- 3) появление витилиго на руках
- 4) появление множественных невусов

**РЕЦЕПТОРЫ К КОРТИКОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОНУ РАСПОЛАГАЮТСЯ В КОРТИКОТРОФАХ**

- 1) гипоталамуса
- 2) нейрогипофиза
- 3) аденогипофиза
- 4) надпочечников

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С**

- 1) глюкагоном
- 2) леводопой
- 3) инсулином
- 4) клонидином

**У ДЕТЕЙ С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

- 1) холестерина
- 2) креатинина
- 3) билирубина
- 4) альбумина

**ОДНИМ ИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ**

### **ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- 1) СТГ-недостаточности
- 2) гипофосфатемического рахита
- 3) постоперационного гипопаратиреоза
- 4) аутоиммунного тиреоидита

### **ТИРЕОТРОПИН РИЛИЗИНГ-ГОРМОН РЕАЛИЗУЕТ СВОИ ЭФФЕКТЫ ЧЕРЕЗ СТИМУЛЯЦИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ**

- 1) соматотропного гормона
- 2) адренкортикотропного гормона
- 3) гонадотропных гормонов
- 4) тиреотропного гормона

### **ПРИ НАЛИЧИИ КРАНИОФАРИНГИОМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ НАЧАТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ, НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КОМПЕНСАЦИЮ**

- 1) гипогонадизма
- 2) СТГ-дефицита
- 3) гипотиреоза
- 4) гиперпролактинемии

### **МИКРОАДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ РАЗМЕРАМИ (В ММ)**

- 1) 15×20
- 2) 5×9
- 3) 15×30
- 4) 8×15

### **К НЕФРОГЕННОМУ НЕСАХАРНОМУ ДИАБЕТУ ПРИВОДИТ НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ V2-РЕЦЕПТОРОВ ПОЧЕК К \_\_\_\_\_ ГОРМОНУ**

- 1) соматотропному
- 2) адренкортикотропному
- 3) антидиуретическому
- 4) меланоцитстимулирующему

### **РЕБЕНОК С ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ, ПОЛУЧАЮЩИЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ПАДЕНИЯ С ГОРКИ ПОЛУЧИЛ ПЕРЕЛОМ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ТЕРАПИЮ СОМАТРОПИНОМ**

- 1) продолжить в прежней дозе
- 2) приостановить и возобновить ее после полного выздоровления
- 3) продолжить в меньшей (на 50%) дозе и вернуться к исходной после полного выздоровления
- 4) продолжить в увеличенной (на 50%) дозе и вернуться к исходной после полного выздоровления

## **СИНДРОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) глиомы лобной области
- 2) менингиомы височной области
- 3) глиомы хиазмально-селлярной области
- 4) медуллобластомы IV желудочка

## **ГИПОФИЗ СОСТОИТ ИЗ \_\_\_\_\_ ДОЛЕЙ**

- 1) передней (аденогипофиз) и задней (нейрогипофиз)
- 2) передней (нейрогипофиз) и задней (аденогипофиз)
- 3) верхней (аденогипофиз) и нижней (нейрогипофиз)
- 4) верхней (нейрогипофиз) и нижней (аденогипофиз)

## **У РЕБЕНКА С МАКРОПРОЛАКТИНОМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИМ ТЕРАПИЮ АГОНИСТАМИ Д2 РЕЦЕПТОРОВ, ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) хирургическое удаление аденомы
- 2) увеличение дозы агонистов Д2 рецепторов
- 3) смена препарата из группы агонистов Д2 рецепторов
- 4) проведение лучевой терапии

## **ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ СТГ-ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЦНС НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ**

- 1) динамики роста
- 2) уровня кортизола
- 3) уровня СТГ
- 4) остроты и полей зрения

## **САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРИОБРЕТЕННОГО СТГ-ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ**

- 1) краниофарингеомы
- 2) медуллобластомы
- 3) аденомы гипофиза
- 4) герминомы

## **ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ МАКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- 1) онемения кончиков пальцев
- 2) чувства горечи во рту
- 3) головной боли
- 4) болей в суставах

## **ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ УДАЛЕНИЮ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) сохраняющиеся головные боли

- 2) отсутствие снижения веса
- 3) тошнота при приеме каберголина
- 4) снижение уровня сознания

### **ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) развитие гипогонадотропного гипогонадизма
- 2) развитие первичного гипокортицизма
- 3) преждевременное половое развитие
- 4) развитие гипергонадотропного гипогонадизма

### **КОРТИКОТРОПИН РИЛИЗИНГ-ГОРМОН РЕАЛИЗУЕТ СВОИ ЭФФЕКТЫ ЧЕРЕЗ СТИМУЛЯЦИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ**

- 1) тиреотропного гормона
- 2) гонадотропных гормонов
- 3) адренотропного гормона
- 4) соматотропного гормона

### **ПОЗДНЯЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТГ-СТИМУЛЯЦИОННОЙ ПРОБЫ С**

- 1) глюкагоном
- 2) клонидином
- 3) леводопой
- 4) инсулином

### **У МАЛЬЧИКОВ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОПИТУИТАРИЗМОМ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ**

- 1) микропенис
- 2) крипторхизм
- 3) недоразвитие мошонки
- 4) гипоспадия

### **ПРОВЕДЕНИЕ БОЛЬШОЙ ДЕКСАМЕТАЗОНОВОЙ ПРОБЫ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ**

- 1) АКТГ-эктопированным синдромом и опухолью надпочечников
- 2) болезнью Иценко-Кушинга и функциональным гиперкортизолизмом
- 3) функциональным и патологическим гиперкортизолизмом
- 4) болезнью Иценко-Кушинга и АКТГ-эктопическим синдромом

### **КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СТГ-ДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) результат СТГ-стимуляционной пробы
- 2) определение ночной спонтанной секреции СТГ
- 3) однократное определение базального уровня СТГ в крови
- 4) результат теста с физической нагрузкой

### **ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) утомляемость и сонливость
- 2) сухость и шелушение кожи
- 3) полиурия и полидипсия
- 4) отеки и сниженный аппетит

### **ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ УДАЛЕНИЮ МАКРОПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипотензия при приеме каберголина днем
- 2) прогрессивное ухудшение полей зрения
- 3) периодически возникающая головная боль
- 4) психоэмоциональная лабильность

### **Кальций-фосфорный обмен**

[Вернуться в начало](#)

### **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ НА ФОНЕ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА НАЗНАЧАЮТСЯ ГИДРОКСИЛИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ВИТАМИНА Д, ПОТОМУ ЧТО ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПАРАТГОРМОНУ СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ**

- 1) 1-альфа-гидроксилазы, катализирующей 1-альфа-гидроксилирование 25(ОН)витамина Д, что приводит к снижению уровня 1,25(ОН)<sub>2</sub>витамина Д, поэтому назначение нативных форм витамина Д неэффективно
- 2) 25-гидроксилазы, катализирующей 25-гидроксилирование 25(ОН)витамина Д, что приводит к снижению уровня 1,25(ОН)<sub>2</sub>витамина Д, поэтому назначение нативных форм витамина Д неэффективно
- 3) 1,25-гидроксилазы, катализирующей 1,25-гидроксилирование 25(ОН)витамина Д, что приводит к снижению уровня 1,25(ОН)<sub>2</sub>витамина Д, поэтому назначение нативных форм витамина Д неэффективно
- 4) 24-гидроксилазы, катализирующей 24-гидроксилирование 25(ОН)витамина Д, что приводит к снижению уровня 1,24(ОН)<sub>2</sub>витамина Д, поэтому назначение нативных форм витамина Д неэффективно

### **СИМПТОМОКОМПЛЕКС В ВИДЕ АПЛАЗИИ ТИМУСА, ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ГИПОПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) CHARGE
- 2) ДиДжорджи
- 3) Кенни-Каффи
- 4) Саньяд-Сакати

### **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) препаратов кальция
- 2) кальциймиметиков
- 3) препаратов витамина Д
- 4) адrenomиметиков

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖАНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ КРОВИ ПО НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕ НОРМЫ ИЗ-ЗА РИСКА**

- 1) синдрома Фара
- 2) катаракты
- 3) нефрокальциноза
- 4) подкожных кальцинатов

**ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) кальцитриол
- 2) холекальциферол
- 3) эргокальциферол
- 4) 25-оксикальциферол

**ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАРУШАЕТСЯ**

- 1) электролитный обмен
- 2) митохондриальный обмен
- 3) обмен магния
- 4) кальций-фосфорный обмен

**ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ НАЛИЧИЕ**

- 1) гиперкератоза
- 2) ихтиоза
- 3) склеродермии
- 4) подкожных кальцинатов

**КАЛЬЦИТРИОЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) 1,25(OH)<sub>2</sub>витамин Д
- 2) 1(OH)витамин Д
- 3) 1,24(OH)<sub>2</sub>витамин Д
- 4) 25(OH)витамин Д

**ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ**

- 1) ахондроплазия
- 2) гипохондроплазия
- 3) высокорослость
- 4) низкорослость

**ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЮТСЯ ГИДРОКСИЛИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ВИТАМИНА Д, ПОТОМУ ЧТО ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЕЙСТВИЯ ПАРАТГОРМОНА СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ \_\_\_\_\_ ПОЭТОМУ НАЗНАЧЕНИЕ НАТИВНЫХ ФОРМ ВИТАМИНА Д НЕЭФФЕКТИВНО**

- 1) 1,25-гидроксилазы, катализирующей 1,25-гидроксилирование 25(OH)витамина Д,

что приводит к снижению уровня  $1,25(\text{OH})_2$  витамина Д

2) 24-гидроксилазы, катализирующей 24 гидроксирование  $25(\text{OH})$  витамина Д, что приводит к снижению уровня  $1,24(\text{OH})_2$  витамина Д

3) 25-гидроксилазы, катализирующей 25 -гидроксирование  $25(\text{OH})$  витамина Д, что приводит к снижению уровня  $1,25(\text{OH})_2$  витамина Д

4) 1-альфа-гидроксилазы, катализирующей 1-альфа-гидроксирование  $25(\text{OH})$  витамина Д, что приводит к снижению уровня  $1,25(\text{OH})_2$  витамина Д

### **СИМПТОМ ХВОСТЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК**

1) тоническая судорога стопы, возникающая в ответ на давление в области нервно-сосудистого пучка на бедре

2) сокращение мимических мышц, возникающее при раздражении лицевого нерва в отсутствие внешнего воздействия

3) сокращение мимических мышц, возникающее при раздражении лицевого нерва при постукивании по коже лица в зоне его проекции.

4) тоническая судорога кисти, возникающая в ответ на давление в области нервно-сосудистого пучка на плече

### **МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ, ЛАКТАТАЦИДОЗ, ИНСУЛЬТОПОДОБНЫЕ ЭПИЗОДЫ, ГИПОПАРАТИРЕОЗ ЯВЛЯЮТСЯ КОМПОНЕНТАМИ**

1) синдрома ДиДжорджи

2) CHARGE синдрома

3) MELAS-синдрома

4) синдрома Кернса-Сейра

### **ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

1) резистентностью паращитовидных желез к уровню кальция крови

2) резистентностью органов-мишеней к действию паратгормона

3) повышенной чувствительностью органов-мишеней к действию паратгормона

4) повышенной чувствительностью паращитовидных желез к уровню кальция крови

### **ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАРУШЕНО ОБРАЗОВАНИЕ**

1)  $1-(\text{OH})$  витамина Д

2)  $1,25(\text{OH})_2$  витамина Д

3)  $24-(\text{OH})$  витамина Д

4)  $25-(\text{OH})$  витамина Д

### **ПРИ НАРУШЕНИИ ГИДРОКСИЛИРОВАНИЯ ВИТАМИНА Д В ПЕЧЕНИ И В ПОЧКАХ РАЗВИВАЕТСЯ РАХИТ**

1) витамин-Д-резистентный

2) алиментарный

3) витамин-Д-дефицитный

4) витамин-Д-зависимый

## **БОЛЮСНОЕ ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ**

- 1) тахикардию
- 2) брадикардию
- 3) гипертонию
- 4) тахипное

## **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ 2А ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕФЕКТА ГЕНА**

- 1) VDR
- 2) CYP27B1
- 3) CYP21A1
- 4) CYP2R1

## **СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРКАЛЬЦЕМИИ И НИЗКОГО УРОВНЯ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) гипопаратиреоза
- 2) гипокальциурической гиперкальциемии
- 3) первичного гиперпаратиреоза
- 4) гипервитаминоза Д

## **ОДНИМ ИЗ ЭФФЕКТОВ ПАРАТГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

- 1) минеральной плотности костей
- 2) костной резорбции
- 3) экскреции кальция
- 4) реабсорбции фосфора

## **ОСЛОЖНЕНИЕМ ГИПОПАРАТИРЕОЗА И ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ**

- 1) ДиДжоржи
- 2) Кенни-Каффи
- 3) Мориака
- 4) Фара

## **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖИВАТЬ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ**

- 1) по нижней границе нормы
- 2) по верхней границе нормы
- 3) в любых значениях нормы
- 4) чуть выше верхней границы нормы

## **ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ**

- 1) 24-гидроксилазы приводит к снижению уровня 1,24(OH)<sub>2</sub>витамина Д
- 2) 25-гидроксилазы приводит к снижению уровня 1,25(OH)<sub>2</sub>витамина Д
- 3) 1-альфа-гидроксилазы приводит к снижению уровня 1,25(OH)<sub>2</sub>витамина Д

4) 1,25-гидроксилазы приводит к снижению уровня 1,25(OH)<sub>2</sub> витамина Д

### **ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМОМ РАХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) препаратов токоферола в сочетании с ретинолом
- 2) нативных форм витамина Д
- 3) препаратов фосфорного буфера в сочетании с нативными формами витамина Д
- 4) активных (гидроксилированных) форм витамина Д в сочетании или без препаратов кальция

### **ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАРУШЕНО ОБРАЗОВАНИЕ 1,25(OH)<sub>2</sub> ВИТАМИНА Д ИЗ-ЗА**

- 1) снижения активности 25-гидроксилазы
- 2) снижения активности 24-гидроксилазы
- 3) повышения активности 1-альфа-гидроксилазы
- 4) снижения активности 1-альфа-гидроксилазы

### **ГИПЕРВИТАМИНОЗ Д СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- 1) гипокальциемией
- 2) гиперкальциемией
- 3) гипермагнеземией
- 4) гипофосфатемией

### **ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОМ РАХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) нативных форм витамина Д в сочетании с препаратами фосфора
- 2) активных (гидроксилированных) форм витамина Д в сочетании или без препаратов кальция
- 3) препаратов фосфорного буфера в сочетании или без активных (гидроксилированных) форм витамина Д
- 4) препаратов токоферола в сочетании с ретинолом

### **НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ КРОВИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПАРАТГОРМОНА В КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- 1) псевдогипопаратиреоза
- 2) дефицита магния
- 3) нарушения синтеза ПТГ
- 4) дефицита щелочной фосфатазы

### **КАЛЬЦИЙ-ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ МОДУЛЯЦИЮ СИНТЕЗА И СЕКРЕЦИИ**

- 1) кальцитонина
- 2) ПТГ
- 3) АДГ
- 4) ТТГ

## **ИНАКТИВИРУЮЩИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ CASR ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) гиперкальциемической гиперкальциурии
- 2) гипокальциурической гиперкальциемии
- 3) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 4) гипопаратиреоза

## **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) препаратов магния
- 2) минералокортикоидов
- 3) препаратов кальция
- 4) глюкокортикоидов

## **ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОМ РАХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) препаратов фосфорного буфера
- 2) препаратов холекальциферола
- 3) активных (гидроксिलированных) форм витамина Д
- 4) препаратов токоферола

## **МУТАЦИИ В ГЕНЕ MEN1 МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ**

- 1) первичного гиперпаратиреоза
- 2) гипопаратиреоза
- 3) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 4) семейной гипокальциурической гиперкальциемии

## **К СВОБОДНОЙ ФРАКЦИИ КАЛЬЦИЯ ОТНОСИТСЯ**

- 1) кальций ионизированный крови
- 2) кальций ионизированный мочи
- 3) кальций общий мочи
- 4) кальций общий крови

## **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) препаратов кальция
- 2) бисфосфонатов
- 3) препаратов витамина Д
- 4) препаратов магния

## **РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ С ХАРАКТЕРНЫМ ФЕНОТИПОМ (ЛУНООБРАЗНОЕ ЛИЦО, УКРОЧЕНИЕ 4 И 5 МЕТАКАРПАЛЬНЫХ КОСТЕЙ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕБЕНКА С**

- 1) мутацией в гене проконвертазы 1-го типа
- 2) мутацией в гене рецептора меланокортина 4 типа
- 3) псевдогипопаратиреозом 1А типа
- 4) MODY диабетом 1 типа

### **КАЛЬЦИТРИОЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) нативную форму витамина Д
- 2) активную форму витамина Д
- 3) нативную форму кальция
- 4) активную форму кальция

### **ОДНИМ ИЗ ЭФФЕКТОВ ПАРАТГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

- 1) реабсорбции кальция
- 2) минеральной плотности костей
- 3) реабсорбции фосфора
- 4) экскреции кальция

### **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАХИТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) компьютерная томография
- 2) рентгенография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) ультразвуковая денситометрия

### **НАИБОЛЬШАЯ СКОРОСТЬ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПЛОДА ПРОИСХОДИТ**

- 1) во II триместре беременности
- 2) в III триместре беременности
- 3) на протяжении всего периода беременности
- 4) в I триместре беременности

### **ВИТАМИН Д ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПОД ДЕЙСТВИЕМ УФ-ОБЛУЧЕНИЯ В**

- 1) легких
- 2) почках
- 3) печени
- 4) эпидермисе

### **АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) нативную форму витамина Д
- 2) активную форму витамина Д
- 3) нативную форму кальция
- 4) активную форму кальция

### **ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ НЕОБХОДИМО**

- 1) оценивать уровень ионизированного кальция или кальция общего с коррекцией по общему белку
- 2) оценивать уровень общего кальция или кальция ионизированного с коррекцией по альбумину

- 3) оценивать уровень ионизированного кальция или кальция общего с коррекцией по альбумину
- 4) оценивать уровень общего кальция и кальция ионизированного с коррекцией по общему белку

### **НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ КРОВИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ФОСФОРА КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) магния
- 2) щелочной фосфатазы
- 3) паратгормона
- 4) 25(ОН)витамина Д

### **ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К**

- 1) тиреоидным гормонам
- 2) соматотропному гормону
- 3) гонадотропным гормонам гипофиза
- 4) кальцитонину

### **АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) гидроксированную форму витамина Д
- 2) негидроксированную форму витамина Д
- 3) гидроксированную форму кальция
- 4) негидроксированную форму кальция

### **НАИБОЛЕЕ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ВИТАМИНА Д ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) эргокальциферол
- 2) холекальциферол
- 3) кальцитриол
- 4) кальцидиол

### **ОСНОВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ НАСЛЕДСТВЕННОГО ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМОГО РАХИТА 2А ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) низкий уровень фосфора в крови и низкий индекс тубулярной реабсорбции фосфатов в моче, высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, нормальный уровень кальция в крови, низкий уровень 25(ОН) витамина Д
- 2) низкий уровень кальция в крови, низкий уровень фосфора в крови, высокий уровень паратгормона в крови, крайне высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, высокий уровень 1,25 (ОН) витамина Д в крови
- 3) высокий уровень кальция и паратгормона в крови, высокий уровень кальция в моче, высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, высокий уровень фосфора в моче, низкий уровень 25(ОН) витамина Д
- 4) низкий уровень кальция и паратгормона в крови, высокий уровень кальция в моче, низкий уровень щелочной фосфатазы в крови, высокий уровень 1,25 (ОН) витамина Д в крови

## **ОСНОВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАХИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ В КРОВИ**

- 1) железа, калия, натрия, витамина К и Е, креатинин-фосфокиназы
- 2) кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, креатинина, витамина Д и паратгормона
- 3) прокальцитонина, калия, натрия, инсулина, тиреотропного гормона, глюкозы
- 4) билирубина, мочевины, лактатдегидрогеназы, С-реактивного белка

## **МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ**

- 1) Кенни-Каффи
- 2) Кернса-Сейра
- 3) ДиДжорджи
- 4) Саньяд-Сакати

## **НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ЗАВИСИТ ОТ УРОВНЯ В КРОВИ**

- 1) фосфора
- 2) паратгормона
- 3) кальция
- 4) магния

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА ПРОВОДИТСЯ С**

- 1) туберозным склерозом
- 2) болезнью Блаунта
- 3) витамин-Д-зависимым и витамин-Д-дефицитным рахитом
- 4) различными формами хондродисплазии

## **В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВИТАМИН Д УВЕЛИЧИВАЕТ**

- 1) абсорбцию и реабсорбцию фосфора в кишечнике
- 2) абсорбцию и реабсорбцию кальция в кишечнике
- 3) абсорбцию и реабсорбцию кальция и фосфора в кишечнике и в почках
- 4) выведение кальция и фосфора с калом и мочой

## **К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА ОТНОСЯТ**

- 1) мышечную гипотонию, некроз челюсти
- 2) гипотиреоз, подкожные кальцинаты, запоры
- 3) вторичный гиперпаратиреоз, нефрокальциноз, диспепсию, диарею
- 4) асептический некроз головок бедренных костей

## **ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ**

- 1) акромикрия
- 2) анорексия
- 3) ожирение

4) ахондроплазия

### **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ДОЗА АКТИВНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА**

- 1) повышается с возрастом
- 2) снижается с возрастом
- 3) остается неизменной в течение жизни
- 4) может варьировать в течение жизни

### **ИЗБЫТОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ КАЛЬЦИТРИОЛА, ПРИВОДЯЩАЯ К ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) гранулематозных и воспалительных заболеваний
- 2) первичного гиперпаратиреоза
- 3) вторичного гиперпаратиреоза
- 4) семейной гипокальциурической гиперкальциемии

### **ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОФОСФАТАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) зоны неравномерной кальцификации по типу «языков пламени» в метафизах
- 2) разряжение зон метафизов и бокаловидные вдавления с увеличением расстояния между метафизом и эпифизом
- 3) зоны гиперминерализации в метафизах и сужение мозгового канала костей
- 4) зоны крупноочаговой деструкции округлой формы, с четкими контурами, мягкотканым компонентом и выраженной периостальной реакцией

### **ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ**

- 1) первичного гиперпаратиреоза
- 2) гипопаратиреоза
- 3) рахита
- 4) ятрогенного синдрома Кушинга

### **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) хирургическое лечение
- 2) назначение глюкокортикостероидов
- 3) назначение препаратов магния
- 4) коррекция дефицита витамина Д

### **Х-СЦЕПЛЕННЫЙ ДОМИНАНТНЫЙ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИЙ РАХИТ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) PHEX
- 2) FGF23
- 3) CLCN5
- 4) SLC34A3

## **РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОКАЛЬЦИЕМЕЙ И ГИПЕРФОСФАТЕМИЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С**

- 1) ахондроплазией
- 2) мутацией в гене рецептора меланокортина 4 типа
- 3) псевдогипопаратиреозом 1А типа
- 4) мутацией в гене лептина

## **ПРИЧИНОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ**

- 1) недостаточная секреция паратиреоидного гормона
- 2) избыточная секреция паратиреоидного гормона
- 3) избыточная экскреция кальция с мочой
- 4) недостаточное поступление в организм солей кальция и витамина д3

## **К РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИВОДЯТ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) ABCD1
- 2) RET
- 3) CYP21A2
- 4) AIRE

## **ОСНОВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ГИПОФОСФАТАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) высокий уровень кальция и паратгормона в крови, высокий уровень кальция в моче, высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, нормальный или высокий уровень фосфора в моче
- 2) низкий уровень фосфора в крови и низкий индекс тубулярной реабсорбции фосфатов в моче, высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, нормальный уровень кальция в крови
- 3) низкий уровень щелочной фосфатазы в крови, нормальный или повышенный уровень кальция и фосфора в крови, нормальный или сниженный уровень паратгормона в крови, нормальный или повышенный уровень кальция в моче
- 4) низкий уровень кальция и паратгормона в крови, высокий уровень кальция в моче, низкий уровень щелочной фосфатазы в крови

## **НАИБОЛЕЕ ИЗУЧЕННОЙ И ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ПРИЧИНОЙ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ**

- 1) кальций-чувствительного рецептора
- 2) стимулирующей альфа-субъединицы G-белка
- 3) рецептора к паратгормону
- 4) паратгормона

## **ГИПОФОСФАТАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) прогрессирующее наследственное метаболическое заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желёз, а также жизненно важных органов и систем
- 2) прогрессирующее наследственное метаболическое заболевание, вызванное дефицитом щелочной фосфатазы и ассоциированное с нарушением минерализации

костной ткани

3) группа врожденных нарушений, характеризующихся повышенной ломкостью костей в результате недостаточного количества коллагена, либо неправильно сформировавшейся структуры коллагена

4) прогрессирующее наследственное метаболическое заболевание, вызываемое дефицитом глюкозо-6-фосфатазы и ассоциированное с избыточным накоплением гликогена в печени, почках и слизистой оболочке кишечника

### **НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ КРОВИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ПАРАТГОРМОНА КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- 1) дефицита витамина D
- 2) нарушения синтеза ПТГ
- 3) приема бисфосфонатов
- 4) псевдогипопаратиреоза

### **ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА ПРИ ОПУХОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ОСТЕОМАЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) лучевая и химиотерапия
- 2) назначение терапии препаратами фосфора и кальция
- 3) хирургическое удаление очага опухоли
- 4) парентеральное введение препаратов фосфора

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМОМ РАХИТЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО**

- 1) уровню кальция в крови и моче, уровню паратгормона в крови и активности щелочной фосфатазы, динамике роста волос, динамике роста костей нижних конечностей
- 2) динамике уровня фосфора и кальция в крови и моче, активности щелочной фосфатазы, уровню паратгормона в крови
- 3) динамике роста, деформаций скелета, изменений структуры костной ткани на рентгенограммах и активности ребенка, уровню щелочной фосфатазы, кальция и паратгормона в крови
- 4) динамике роста, уровню фосфора в крови, уровню кальция в крови и моче, динамике роста зубов

### **ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА С**

- 1) нарушением работы кальций-чувствительного рецептора
- 2) избыточной секрецией паратгормон-подобного пептида
- 3) нарушением всасывания витамина D из кишечника
- 4) избыточной секрецией кальцитонина

### **РАХИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ НИЗКОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ВИТАМИНА Д В ОРГАНИЗМ НАЗЫВАЮТ**

- 1) витамин-Д-зависимый
- 2) витамин-Д-обусловленный

- 3) витамин-Д-резистентный
- 4) витамин-Д-дефицитный

### **ПОВЫШЕННАЯ СЕКРЕЦИЯ ПАРАТИРЕОДНОГО ГОРМОНА ПРИВОДИТ К**

- 1) гипермагнеземии
- 2) гипокальциемии
- 3) гиперкальциемии
- 4) гиперфосфатемии

### **АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) 25(ОН)витамин Д
- 2) 1(ОН)витамин Д
- 3) 1,24(ОН)<sub>2</sub>витамин Д
- 4) 1,25(ОН)<sub>2</sub>витамин Д

### **ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМОМ РАХИТЕ 2А ТИПА У ПАЦИЕНТА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) алопеция
- 2) гидронефроз
- 3) врожденный порок сердца
- 4) тугоухость

### **ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЧЕСКИХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ С ВИТАМИН D-ДЕФИЦИТНЫМ РАХИТОМ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) внутривенное введение препарата кальция
- 2) внутривенное введение препарата витамина Д
- 3) противосудорожную терапию
- 4) пероральное введение препарата кальция

### **НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ КРОВИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПАРАТГОРМОНА В КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- 1) дефицита витамина D
- 2) дефицита магния
- 3) нарушения синтеза ПТГ
- 4) дефицита щелочной фосфатазы

### **ЗА СИНТЕЗ ПАРАТГОРМОНА ОТВЕЧАЕТ ГЕН**

- 1) CASR
- 2) TSH
- 3) PTH
- 4) GNAS

### **ПОД ХАРАКТЕРНЫМИ РАХИТИЧЕСКИМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ СКЕЛЕТА ПОНИМАЮТ**

- 1) микрогнатию, микроцефалию, деформацию бедренных костей по типу

«пастушьего посоха»

2) сколиоз, укорочение верхних конечностей, выраженный поясничный лордоз, плоско-вальгусные стопы

3) микроцефалию, рахитические «четки» на ребрах, укорочение верхних и нижних конечностей

4) гипертрофию лобных бугров, рахитические «четки» на ребрах, рахитические «браслетки» на лучезапястных суставах, X- или O-образные деформации ног

### **ОСОБЕННОСТЬЮ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ**

1) строго специфичная картина клинических проявлений

2) возможность наличия неспецифических клинических проявлений

3) мимикрия клинических проявлений с инсультом

4) мимикрия клинических проявлений с кризом надпочечниковой недостаточности

### **ИЗБЫТОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ ПАРАТГОРМОН-ПОДОБНОГО ПЕПТИДА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ**

1) синдроме Тернера

2) злокачественных новообразованиях

3) вторичном гиперпаратиреозе

4) первичном гиперпаратиреозе

### **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ 2А ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ СНИЖЕНИЯ**

1) чувствительности тканей-мишеней к витамину Д

2) активности 1-альфа-гидроксилазы в почках

3) активности 25-гидроксилазы в печени

4) активности 21-гидроксилазы в надпочечниках

### **ГИПОФОСФАТАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

1) повышение активности трипсина

2) снижением щелочной фосфатазы в крови

3) повышением мочевины в крови

4) снижением амилазы мочи

### **ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ**

1) 24-гидроксилазы приводит к снижению уровня  $1,24(\text{OH})_2$  витамина Д

2) 25-гидроксилазы приводит к снижению уровня  $1,25(\text{OH})_2$  витамина Д

3) 1-альфа-гидроксилазы приводит к снижению уровня  $1,25(\text{OH})_2$  витамина Д

4) 1,25-гидроксилазы приводит к снижению уровня  $1,25(\text{OH})_2$  витамина Д

### **ОДНИМ ИЗ ЭФФЕКТОВ ПАРАТГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

1) экскреции кальция

2) минеральной плотности костей

3) экскреции фосфора

4) реабсорбции фосфора

**ПОДКОЖНЫЕ КАЛЬЦИНАТЫ, БРАХИДАКТИЛИЯ, ЛУНООБРАЗНОЕ ЛИЦО, НИЗКОРОСЛОСТЬ, ОЖИРЕНИЕ, УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ ЯВЛЯЮТСЯ КОМПОНЕНТАМИ**

- 1) наследственной остеодистрофии Олбрайта
- 2) аутосомно-доминантной гипокальциемии
- 3) дефицита митохондриального трифункционального белка
- 4) прогрессирующей остеонной гетероплазии

**ПОЛОВЫЕ СТЕРОИДЫ ВЛИЯЮТ НА НАКОПЛЕНИЕ КОСТНОЙ МАССЫ**

- 1) исключительно прямым способом после воздействия фермента ароматаза на тестостерон
- 2) исключительно прямым способом через стимуляцию пролиферации остеобластов
- 3) как прямым, так и опосредованным способами через СТГ, ИФР-1 и 1,25-дигидрокси-витамин Д
- 4) исключительно опосредованным путем через СТГ, ИФР-1 и 1,25-дигидрокси-витамин Д

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОМ РАХИТЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО**

- 1) динамике уровня фосфора и кальция в крови и моче, активности щелочной фосфатазы, уровню паратгормона в крови
- 2) динамике роста, деформаций скелета, изменений структуры костной ткани на рентгенограммах и активности ребенка, уровню щелочной фосфатазы
- 3) уровню кальция в крови и моче, уровню паратгормона в крови и активности щелочной фосфатазы, динамике роста волос, динамике роста костей нижних конечностей
- 4) динамике роста, уровню фосфора в крови, уровню кальция в крови и моче, динамике роста зубов

**ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) сочетание резистентности к ПТГ и ряда фенотипических особенностей
- 2) сочетание резистентности к CaSR и ряда фенотипических особенностей
- 3) сочетание повышенной чувствительности к CaSR и ряда фенотипических особенностей
- 4) сочетание повышенной чувствительности к ПТГ и ряда фенотипических особенностей

**АНАЛОГОМ 1,25(OH)<sub>2</sub> ВИТАМИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) кальцитриол
- 2) холекальциферол
- 3) альфакальцидол
- 4) эргокальциферол

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ С ГИПЕРКАЛЬЦИУРИЕЙ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) препараты фосфорного буфера
- 2) активные формы витамина Д
- 3) нативные формы витамина Д
- 4) фосфат-связывающие препараты

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ НА ФОНЕ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ АНАЛОГ  $1,25(\text{OH})_2$  ВИТАМИНА Д**

- 1) альфакальцидол
- 2) эргокальциферол
- 3) холекальциферол
- 4) кальцитриол

**СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО QT НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) гипогликемии
- 2) гипокалиемии
- 3) гипокальциемии
- 4) гипонатриемии

**ХРОНИЧЕСКАЯ ПЕРЕДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТАМИ ВИТАМИНА D3 МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К**

- 1) нефрокальцинозу
- 2) остеопорозу
- 3) гипотиреозу
- 4) гиперпаратиреозу

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) препаратов витамина Д
- 2) минералокортикоидов
- 3) препаратов кальция
- 4) петлевых диуретиков

**ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ**

- 1) брахидактилия
- 2) акромикрия
- 3) долихоцефалия
- 4) брахицефалия

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ 1В ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

- 1) нарушения чувствительности тканей-мишеней к витамину Д
- 2) снижения активности 21-гидроксилазы в надпочечниках

- 3) снижения активности 25-альфа-гидроксилазы в печени
- 4) снижения активности 1-альфа-гидроксилазы в почках

### **ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ**

- 1) резистентности органов-мишеней к действию паратгормона
- 2) повышенной чувствительности органов-мишеней к действию паратгормона
- 3) резистентности паращитовидных желез к гипокальциемии
- 4) повышенной чувствительности паращитовидных желез к уровню кальция крови

### **НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ КРОВИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ФОСФОРА КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- 1) передозировки витамина Д
- 2) гипопаратиреоза
- 3) эпилепсии
- 4) мальабсорбции

### **ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) гипокальциемией, гиперфосфатемией и повышенным уровнем паратгормона
- 2) гипокальциемией, гиперфосфатемией и сниженным уровнем паратгормона
- 3) гиперкальциемией, гиперфосфатемией и повышенным уровнем паратгормона
- 4) гипокальциемией, гипофосфатемией и повышенным уровнем паратгормона

### **ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАРУШЕНО ОБРАЗОВАНИЕ**

- 1) 24-(ОН)витамина Д
- 2) 1-(ОН)витамина Д
- 3) 1,25(ОН)<sub>2</sub>витамина Д
- 4) 25-(ОН)витамина Д

### **ОСНОВНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) частые переломы при минимальных травмах, снижение слуха и зрения, сухость кожи, запоры, низкий рост, деформация грудной клетки
- 2) учащенное сердцебиение, задержка роста, судороги, снижение зрения, частые переломы, жидкий стул, бочкообразная деформация грудной клетки
- 3) прихрамывающая походка с подволакиванием одной из ног, снижение слуха, раннее выпадение зубов, припухлость десен
- 4) нарушение походки ребенка по типу «утиной» и деформации ног с момента начала самостоятельной ходьбы, задержка роста, быстрая утомляемость при ходьбе, выпадение зубов

### **ГОМОЗИГОТНЫЕ ИНАКТИВИРУЮЩИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ CASR ПРИВОДЯТ К**

- 1) вторичному гиперпаратиреозу
- 2) тяжелому неонатальному гиперпаратиреозу
- 3) карциноме паращитовидной железы

4) синдрому множественных эндокринных неоплазии 1 типа

### **ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИЙ РАХИТ ОБУСЛОВЛЕН НАРУШЕНИЕМ**

- 1) преобразования витамина Д в активную форму и нарушением абсорбции фосфора
- 2) ацидификации мочи в почечных канальцах с развитием метаболического ацидоза
- 3) реабсорбции фосфора почечных канальцах с развитием гипофосфатемии
- 4) всасывания фосфора в кишечнике на фоне хронического воспаления слизистой тонкого кишечника

### **ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕФРОКАЛЬЦИНОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖАНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ**

- 1) в любых значениях нормы
- 2) чуть выше верхней границы нормы
- 3) по верхней границе нормы
- 4) по нижней границе нормы

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОГО ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА ПРОВОДИТСЯ С**

- 1) миопатией Дюшена
- 2) опухоль-индуцированной остеомалацией
- 3) хондродисплазией
- 4) ревматоидным артритом

### **ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ**

- 1) Мориака
- 2) ацетонемический
- 3) потери соли
- 4) судорожный

### **ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ТАКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КАК**

- 1) болезнь Крона
- 2) атрофический гастрит
- 3) синдром мальабсорбции
- 4) синдром обстипации

### **ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА КОНТРОЛЬ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В \_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ/НЕДЕЛЬ**

- 1) 2-4
- 2) 4-6
- 3) 8-10
- 4) 6-8

## **МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ**

- 1) гиперпаратиреоза
- 2) надпочечниковой недостаточности
- 3) тиреотоксикоза
- 4) гипотиреоза

## **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА АКТИВНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ПРИ УРОВНЕ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ БОЛЕЕ 0,8 ММОЛЬ/Л СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)**

- 1) 1,5-3
- 2) 1-1,5
- 3) 0,5 -1
- 4) 0,25-0,5

## **ПРИ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПОКА ПОДБИРАЕТСЯ ДОЗА АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д КОНТРОЛЬ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ ПРОВОДИТСЯ**

- 1) каждые семь дней
- 2) каждые три дня
- 3) каждые десять дней
- 4) каждый день

## **СИМПТОМ ТРУССО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) тоническую судорогу кисти, возникающую в ответ на давление в области нервно-сосудистого пучка на плече
- 2) сокращение мимических мышц, возникающее при раздражении лицевого нерва в отсутствие внешнего воздействия
- 3) сокращение мимических мышц, возникающее при раздражении лицевого нерва при постукивании по коже лица в зоне его проекции.
- 4) тоническую судорогу стопы, возникающую в ответ на давление в области нервно-сосудистого пучка на бедре

## **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВИТАМИНА Д ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) вторичный гиперпаратиреоз, гипокальциемия, нефрокальциноз, диспепсия, диарея
- 2) гиперкальциемия и гиперкальциурия, нефрокальциноз, диспепсия, запор, мышечная слабость, брадикардия
- 3) судороги, тахикардия, гипокальциемия, гипофосфатемия
- 4) подкожные кальцинаты, асептический некроз головок бедренных костей, ацидоз, гипокальциемия и метаболический ацидоз

## **ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ ИЗ-ЗА НАРУШЕНИЯ РАБОТЫ РЕЦЕПТОРА ПАРАТИРЕОДНОГО ГОРМОНА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) синдром Уильямса
- 2) болезнь Янсена
- 3) синдром множественных эндокринных неоплазий
- 4) синдром Тернера

**СОЧЕТАНИЕ СНИЖЕННОГО УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ КРОВИ С ПОВЫШЕННОЙ ЭКСКРЕЦИЕЙ КАЛЬЦИЯ С МОЧОЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ЗНАЧЕНИИ ПАРАТГОРМОНА КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) аутосомно-доминантной гипокальциурии
- 2) аутоиммунном полигландулярном синдроме 1 типа
- 3) синдроме гипокальциурической гипокальциемии
- 4) аутосомно-доминантной гипокальциемии

**ДЛЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ НОГ ПРИ РАХИТЕ В ПЕРИОД АКТИВНОГО РОСТА И ОТКРЫТЫХ ЗОНАХ РОСТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ КОРРИГИРУЮЩИЕ ОСТЕОТОМИИ ИЗ-ЗА ВЫСОКОГО РИСКА**

- 1) некроза костной ткани
- 2) повреждения сосудисто-нервных пучков
- 3) остеомиелита костей
- 4) рецидива деформаций

**ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ, ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ И ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ПАРАТГОРМОНА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ**

- 1) аутосомно-доминантной гипокальциемии
- 2) псевдопсевдогипопаратиреоза
- 3) псевдогипопаратиреоза
- 4) дефицита трифункционального белка

**ПРИЧИНОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) дефицит витамина D
- 2) гипопаратиреоз
- 3) иммобилизация
- 4) ятрогенный гиперкортицизм

**ГИПОМАГНИЕМИЯ ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) гиперкальциемии
- 2) гипокальциемии
- 3) гиперкалиемии
- 4) гипернатриемии

**НАРУЖНАЯ ОФТАЛЬМОПЛЕГИЯ, ПИГМЕНТНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ СЕТЧАТКИ, МИОПАТИЯ, КАРДИОМИОПАТИЯ И ГИПОПАРАТИРЕОЗ ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Кенни-Каффи
- 2) Саньяд-Сакати

- 3) Кернса-Сейра
- 4) ДиДжорджи

### **РАХИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

- 1) поджелудочной железы
- 2) глаз
- 3) печени
- 4) щитовидной железы

### **ВИТАМИН Д ОТНОСИТСЯ К**

- 1) жирорастворимым питательным веществам
- 2) группе ненасыщенных жирных кислот
- 3) биологически активным добавкам
- 4) группе стероидных гормонов

### **ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА ПРИЕМОМ БОЛЬШИХ ДОЗ**

- 1) дексаметазона
- 2) витамина Д
- 3) витамина В12
- 4) фолатов

### **НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОСТЕОДИСТРОФИЯ ОЛБРАЙТА – ЭТО СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ**

- 1) псевдогипопаратиреоза
- 2) гипопаратиреоза
- 3) аутосомно-доминантной гипокальциемии
- 4) псевдогиперальдостеронизма

### **ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) гипопаратиреозе
- 2) первичном гиперпаратиреозе
- 3) первичном гипотиреозе
- 4) алиментарном дефиците витамина д

### **ПРИ СТАРТЕ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМЫМ РАХИТОМ 2А ТИПА НАЗНАЧАЮТ**

- 1) в высоких дозах кальцитриол в сочетании с препаратами кальция
- 2) в высоких дозах нативные формы витамина Д
- 3) препараты фосфорного буфера и альфакальцидола
- 4) препараты фосфорного буфера и кальцимитетики

### **АНАЛОГОМ 1(ОН)ВИТАМИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) альфакальцидол
- 2) холекальциферол
- 3) кальцитриол

4) эргокальциферол

### **ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ**

- 1) возможно развитие резистентности к тиреотропному гормону
- 2) отмечаются только изолированное нарушение кальций-фосфорного обмена
- 3) отмечаются только изолированное нарушение кальций-чувствительного рецептора
- 4) возможно развитие резистентности к глюкокортикоидам

### **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ТРУССО – ЭТО КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК**

- 1) гиперкальциемии
- 2) гиперфосфатемии
- 3) гипокальциемии
- 4) гипофосфатемии

### **ОСНОВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) низкий уровень фосфора в крови и низкий индекс тубулярной реабсорбции фосфатов в моче
- 2) низкий уровень кальция в крови, высокий уровень кальция в моче
- 3) низкий уровень калия и натрия в крови, ацидоз, микроальбуминурия
- 4) высокий уровень фосфора в моче, высокий уровень билирубина и креатинина в крови

### **ПРИ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА, ПОЛУЧАЕМОЙ ПО ПОВОДУ ГИПОПАРАТИРЕОЗА, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ, ЧТО**

- 1) существует максимально допустимая доза при врожденном гипопаратиреозе
- 2) существует максимально допустимая доза при постоперационном гипопаратиреозе
- 3) существует максимально допустимая доза вне зависимости от причин гипопаратиреоза
- 4) не существует максимально допустимой дозы вне зависимости от причин гипопаратиреоза

### **ГИПОМАГНИЕМИЯ ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) гипотиреоза
- 2) гипопаратиреоза
- 3) гипертиреоза
- 4) гиперпаратиреоза

### **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ 1А ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

- 1) нарушения чувствительности тканей-мишеней к витамину Д
- 2) снижения активности 21-гидроксилазы в надпочечниках
- 3) снижения активности 1-альфа-гидроксилазы в почечных канальцах

4) снижения активности 25-гидроксилазы в печени

**ОБРАЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ВИТАМИНА Д ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ГИДРОКСИЛИРОВАНИЯ В**

- 1) коже и печени
- 2) печени и легких
- 3) печени и почках
- 4) почках и легких

**АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ АНАЛОГ**

- 1) 25(OH)витамина Д
- 2) 1(OH)витамина Д
- 3) 1,24(OH)<sub>2</sub>витамина Д
- 4) 1,25(OH)<sub>2</sub>витамина Д

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА АКТИВНОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ПРИ УРОВНЕ КАЛЬЦИЯ ИОНИЗИРОВАННОГО КРОВИ МЕНЕЕ 0,8 ММОЛЬ/Л СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)**

- 1) 1,5-3
- 2) 0,5-1
- 3) 1-1,5
- 4) 0,25-0,5

**ПРИЧИНОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) мутации в гене рецептора тиреотропного гормона
- 2) активирующие мутации в кальций-чувствительном рецепторе
- 3) инактивирующие мутации в кальций-чувствительном рецепторе
- 4) мутации в гене инсулинового рецептора

**ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) негидроксилированную форму кальция
- 2) негидроксилированную форму витамина Д
- 3) гидроксилированную форму витамина Д
- 4) гидроксилированную форму кальция

**В РЕЗУЛЬТАТЕ МУТАЦИЙ ГЕНА PHEX В ОРГАНИЗМЕ НАЧИНАЕТ В ИЗБЫТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ СИНТЕЗИРОВАТЬСЯ**

- 1) С-реактивный протеин
- 2) кальцитонин
- 3) паратгормон
- 4) фактор роста фибробластов 23

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ХВОСТЕКА – ЭТО КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК**

- 1) гипофосфатемии

- 2) гиперкальциемии
- 3) гиперфосфатемии
- 4) гипокальциемии

### **ОСНОВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ НАСЛЕДСТВЕННОГО ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМОГО РАХИТА 1А ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) низкий уровень фосфора в крови и низкий индекс тубулярной реабсорбции фосфатов в моче, высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, нормальный уровень кальция в крови, низкий уровень 1,25 (ОН) витамина Д в крови
- 2) низкий уровень кальция в крови, низкий уровень фосфора в крови, высокий уровень паратгормона в крови, крайне высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, низкий уровень 1,25 (ОН) витамина Д в крови
- 3) высокий уровень кальция и паратгормона в крови, высокий уровень кальция в моче, высокий уровень щелочной фосфатазы в крови, высокий уровень фосфора в моче, высокий уровень 1,25 (ОН) витамина Д в крови
- 4) низкий уровень кальция и паратгормона в крови, высокий уровень кальция в моче, низкий уровень щелочной фосфатазы в крови, низкий уровень 1,25 (ОН) витамина Д в крови

### **ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА ПРИЕМОМ БОЛЬШИХ ДОЗ ВИТАМИНА**

- 1) В1
- 2) В12
- 3) В6
- 4) Д

### **СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ И ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) гипопаратиреоза
- 2) гипокальциурической гиперкальциемии
- 3) гипервитаминоза Д
- 4) первичного гиперпаратиреоза

### **ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ**

- 1) гипотиреоз
- 2) несахарный диабет
- 3) остеопетроз
- 4) тиреотоксикоз

### **ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА ПРИЕМОМ БОЛЬШИХ ДОЗ**

- 1) дексаметазона
- 2) тиазидных диуретиков
- 3) витамина В12
- 4) фолатов

## **ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ В ВИДЕ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ, ГИПЕРФОСФАТЕМИИ И ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА ХАРАКТЕРИЗУЮТ**

- 1) аутосомно-доминантную гипокальциемию 2 типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 3) псевдогипопаратиреоз
- 4) аутосомно-доминантную гипокальциемию 1 типа

## **ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ У РЕБЕНКА**

- 1) нефрокальциноза
- 2) кисты в почке
- 3) каликоэктазии
- 4) опухоли в почке

## **КАЛЬЦИТРИОЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) негидроксилированную форму кальция
- 2) негидроксилированную форму витамина Д
- 3) гидроксилированную форму витамина Д
- 4) гидроксилированную форму кальция

## **НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ БИСФОСФОНАТОВ ВОЗМОЖНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- 1) гипофосфатемии
- 2) гиперфосфатемии
- 3) гипокальциемии
- 4) гиперкальциемии

## **ПРИ НАЛИЧИИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ, ГИПЕРФОСФАТЕМИИ И ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С**

- 1) дефицита витамина Д и псевдогипопаратиреоза
- 2) гипопаратиреоза и псевдопсевдогипопаратиреоза
- 3) аутосомно-доминантной гипокальциемии и дефицита витамина Д
- 4) дефицитом трифункционального белка и псевдогипопаратиреоза

## **ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ТАКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КАК**

- 1) болезнь крона
- 2) атрофический гастрит
- 3) синдром мальабсорбции
- 4) язвенная болезнь желудка

## **К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА НАКОПЛЕНИЕ КОСТНОЙ МАССЫ, КРОМЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ОТНОСЯТСЯ**

- 1) диета, уровень физической нагрузки, масса тела
- 2) диета и масса тела, вне зависимости от уровня физической активности
- 3) масса тела и рост, вне зависимости от диеты и физической активности

4) уровень физической активности и масса тела, вне зависимости от диеты

#### **ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) холекальциферол
- 2) альфакальцидол
- 3) 25-гидроксиэргокальциферол
- 4) эргокальциферол

#### **ДЛЯ ТЕРАПИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПАЦИЕНТКЕ 10 ЛЕТ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ 1 ТИПА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) преднизолона
- 2) альфакальцидола
- 3) дексаметазона
- 4) холекальциферола

#### **ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) нативную форму кальция
- 2) нативную форму витамина Д
- 3) активную форму витамина Д
- 4) активную форму кальция

#### **ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ**

- 1) 11-гидроксилазы
- 2) 25-гидроксилазы
- 3) 1-альфа-гидроксилазы
- 4) 21-гидроксилазы

#### **ПОД РАХИТОМ ПОНИМАЮТ**

- 1) заболевание костей с развитием деформаций грудной клетки, черепа, рук и ног
- 2) заболевание костной ткани с деформациями скелета в результате дефицита витамина Д
- 3) группу обменных заболеваний с нарушением минерализацией костей в зоне ростовых пластин
- 4) заболевание костей в результате недостатка инсоляции и недостаточного употребления рыбных продуктов

#### **У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ**

- 1) тоническими судорогами
- 2) рвотой фонтаном
- 3) кишечными коликами
- 4) позой лягушки

#### **НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА ВИТАМИНА Д ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ЗАВИСИТ ОТ УРОВНЯ**

- 1) в крови кальция общего

- 2) кальция в суточной моче
- 3) в крови кальция, связанного с альбумином
- 4) в крови кальция, связанного с глобулином

### **НЕФРОКАЛЬЦИНОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ**

- 1) остеопороза
- 2) тиреотоксикоза
- 3) гипотиреоза
- 4) гипопаратиреоза

### **НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ФОРМОЙ ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКОГО РАХИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) X-сцепленный рецессивный
- 2) X-сцепленный доминантный
- 3) аутосомно-доминантный
- 4) аутосомно-рецессивный

### **ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) синдрома Тернера
- 2) синдрома Вильямса
- 3) синдрома Марфана
- 4) синдрома Кальмана

### **ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНПОДОБНОГО ПЕПТИДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ**

- 1) паранеопластическим синдромом
- 2) первичным гиперпаратиреозом
- 3) третичным гиперпаратиреозом
- 4) гипервитаминозом Д

### **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ НА ФОНЕ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) коррекция дефицита витамина Д
- 2) назначение глюкокортикостероидов
- 3) хирургическое лечение
- 4) назначение препаратов магния

### **ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАРУШЕНО ОБРАЗОВАНИЕ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ВИТАМИНА Д ИЗ-ЗА**

- 1) повышения активности 1-альфа-гидроксилазы
- 2) снижения активности 1-альфа-гидроксилазы
- 3) снижения активности 24-гидроксилазы
- 4) снижения активности 25-гидроксилазы

### **ПРИ ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЮТ**

- 1) гидроксированную форму кальция
- 2) негидроксированную форму кальция
- 3) негидроксированную форму витамина Д
- 4) гидроксированную форму витамина Д

#### **ПОВЫШЕННАЯ СЕКРЕЦИЯ ПАРАТИРЕОДНОГО ГОРМОНА ПРИВОДИТ К**

- 1) гипокальциемии
- 2) гипофосфатемии
- 3) гипермагнеземии
- 4) гиперфосфатемии

#### **РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ К ДЕЙСТВИЮ ПАРАТГОРМОНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) дефиците митохондриального трифункционального белка
- 2) гипопаратиреозе
- 3) псевдогипопаратиреозе
- 4) аутосомно-доминантной гиперкальциемии

#### **СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРКАЛЬЦЕМИИ И СНИЖЕННОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАЛЬЦИЯ ПОЧКАМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) гипервитаминоза Д
- 2) первичного гиперпаратиреоза
- 3) гипокальциурической гиперкальциемии
- 4) гипопаратиреоза

#### **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ВИТАМИН-Д-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ 1А ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ДЕФЕКТЕ ГЕНА**

- 1) CYP27B1
- 2) CYP21A1
- 3) CYP11B1
- 4) CYP2R1

#### **ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) повышение уровня кальция
- 2) снижение уровня кальция
- 3) повышение уровня фосфора
- 4) повышение уровня натрия

#### **ПАТОЛОГИЯ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ АЛЬФА-СУБЪЕДИНИЦЫ G-БЕЛКА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) псевдогиперальдостеронизма
- 2) гипопаратиреоза
- 3) псевдогипопаратиреоза
- 4) гипотиреоза

**ПРИЧИНОЙ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗБЫТОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ**

- 1) 1,25-дигидрокси-витамина Д
- 2) паратгормона
- 3) кальцитонина
- 4) 25-гидрокси-витамина Д

**КОМПЕНСАТОРНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) снижение активности кальций-чувствительных рецепторов и повышение синтеза и секреции ПТГ
- 2) активация кальций-чувствительных рецепторов и повышение синтеза и секреции ПТГ
- 3) активация кальций-чувствительных рецепторов и повышение витамина Д
- 4) активация кальций-чувствительных рецепторов и повышение 1-альфа-гидроксилазы

**ЛЕЧЕНИЕ ГИПОПАРАТИРЕОЗА НАПРАВЛЕНО НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ**

- 1) гипофосфатемии
- 2) гиперкальциемии
- 3) гипокальцитонинемии
- 4) гипокальциемии

**У РЕБЕНКА С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМИ СУДОРОГАМИ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ УРОВЕНЬ**

- 1) трансаминаз в крови
- 2) глюкозы и кальция в крови
- 3) фосфора и щелочной фосфатазы в крови
- 4) мочевины и креатинина в крови

**ОСТРАЯ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МОЖЕТ БЫТЬ СХОДНА С**

- 1) психозом
- 2) инсультом
- 3) миодистрофией
- 4) эпилепсией

**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПОФОСФАТАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ростстимулирующая терапия рекомбинантным гормоном роста
- 2) терапия моноклональными антителами к фактору роста фибробластов 23
- 3) фермент-заместительная терапия арилсульфатазы В
- 4) фермент-заместительная терапия рекомбинантным препаратом щелочной фосфатазы

**РЕГУЛЯРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ**

## **ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ**

- 1) паратгормона
- 2) кальция
- 3) 25(ОН)витамина Д
- 4) магния

## **Заболевания надпочечников**

[Вернуться в начало](#)

## **ЕДИНЫМ СУБСТРАТОМ ДЛЯ БИОСИНТЕЗА ВСЕХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) пируват
- 2) глюкоза
- 3) холестерин
- 4) альбумин

## **ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ УСКОРЕНИЕ СКОРОСТИ РОСТА В СОЧЕТАНИИ С**

- 1) эпизодами ацетонемических состояний
- 2) задержкой пубертата
- 3) преждевременным адренархе
- 4) гипертрихозом

## **ВТОРАЯ СТАДИЯ ВИРИЛИЗАЦИИ ПО ШКАЛЕ ПРАДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) увеличением размеров клитора, незначительным уменьшением наружного отверстия влагалища
- 2) наличием клитора промежуточного размера, небольшим наружным отверстием влагалища с отдельным наружным отверстием уретры
- 3) наличием фаллоса с пустой мошонкой, единым небольшим выходным отверстием уретры/влагалища у основания или на теле фаллоса
- 4) значительной клитеромегалией с единым уrogenитальным синусом и практически полным сращением половых губ

## **ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ АДЕНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) хирургическое лечение
- 2) терапия кетоконазолом
- 3) лучевая терапия
- 4) терапия митотаном

## **ПРИЗНАКИ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ ТЕМЕННЫХ ОБЛАСТЕЙ И МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА НА МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У МАЛЬЧИКА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ**

### **НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) врожденной X-сцепленной гипоплазии надпочечников
- 2) церебральной формы адренолейкодистрофии
- 3) синдрома Смит-Лемли-Опиц
- 4) аутоиммунной надпочечниковой недостаточности

### **ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперкалиемия
- 2) гипертриглицеридемия
- 3) гипонатриемия
- 4) гипернатриемия

### **ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАЗВИВШЕЙСЯ ВПЕРВЫЕ У 15 ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) X-сцепленная адренолейкодистрофия
- 2) аутоиммунная надпочечниковая недостаточность
- 3) врожденная дисфункция коры надпочечников
- 4) X-сцепленная врожденная гипоплазия надпочечников

### **ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ К**

- 1) нарушению импринтинга
- 2) аутосомно-доминантному
- 3) аутосомно-рецессивному
- 4) X-сцепленному

### **НИЗКОРЕНИНОВАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- 1) дефиците 21-гидроксилазы
- 2) дефиците 3-бета-гидроксиesteroиддегидрогеназы
- 3) дефекте STAR-протеина
- 4) дефиците 17-альфа-гидроксилазы

### **СЛЕДСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗБЫТОЧНЫХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ**

- 1) повышение уровня надпочечниковых андрогенов
- 2) повышение уровня тестикулярного тестостерона
- 3) повышение показателей гонадотропинов
- 4) снижение показателей гонадотропинов

### **НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ В РФ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) дефицит 20,22-десмолазы (11 $\alpha$ -гидроксилазы)
- 2) дефицит 21-гидроксилазы

- 3) дефицит 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 4) дефицит 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

**В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ, ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ С**

- 1) аналогом ГнРГ
- 2) метирапоном
- 3) тетракозактидом
- 4) глюконатом кальция

**ТЕСТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ», ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА**

- 1) с натриевой нагрузкой
- 2) большая дексаметазоновая
- 3) малая дексаметазоновая
- 4) с синактеном

**17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) прогестерона в 17-ОН-прогестерон
- 2) холестерина в прегненолон
- 3) 17-ОН-прегненолона в прогестерон
- 4) 17-ОН-прогестерона в дегидроэпиандростерон

**ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) гипокалиемия и гипонатриемия
- 2) гиперкалиемия и гиперхлоремия
- 3) гипонатриемия и гиперкалиемия
- 4) гиперхлоремия и снижение щелочных резервов крови

**ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АДРЕНОКОРТИКАЛЬНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) хирургическое лечение
- 2) полихимиотерапия
- 3) лучевая терапия
- 4) терапия митотаном

**СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) 17 $\alpha$ -гидроксилазы
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилазы

### **ДЛЯ ДЕФИЦИТА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ХАРАКТЕРЕН**

- 1) повышенный АКТГ крови
- 2) повышенный альдостерон крови
- 3) повышенный ренин крови
- 4) сниженный кортизол крови

### **ПРИЧИНОЙ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 2) ароматазы
- 3) 21-гидроксилазы
- 4) 17 $\alpha$ -гидроксилазы

### **КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ПОМОЖЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?**

- 1) исследование глюкозы
- 2) УЗИ надпочечников
- 3) исследование АКТГ
- 4) МРТ надпочечников

### **СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДЕФИЦИТА КОРТИЗОЛА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) сухость кожных покровов
- 2) гиперпигментация кожных покровов
- 3) гипергидратация кожных покровов
- 4) депигментация кожных покровов (витилиго)

### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРОТЕКАЕТ ПО ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНОМУ ТИПУ У**

- 1) мальчиков с андрогенпродуцирующей опухолью гонад
- 2) мальчиков с врожденной дисфункцией коры надпочечников
- 3) девочек с эстрогенпродуцирующей опухолью яичника
- 4) девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников

### **ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИИ ОТНОСИТСЯ К**

- 1) х-цепленному рецессивному
- 2) аутосомно-доминантному
- 3) аутосомно-рецессивному
- 4) нарушению импринтинга

### **ПЕРВИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ ОЛГРОУВА СОЧЕТАЕТСЯ С**

- 1) алопецией
- 2) миодистрофией

- 3) ахалазией кардии
- 4) гипопаратиреозом

### **К ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСЯТ**

- 1) дефицит 3-бета-гидроксистероиддегидрогеназы
- 2) дефект STAR-протеина
- 3) дефицит 11-бета-гидроксилазы
- 4) дефицит 21-гидроксилазы

### **ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперемия кожных покровов
- 2) наличие судорог
- 3) гипертонус
- 4) вялость

### **ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ АУТОАНТИТЕЛ К**

- 1) антинуклеарному фактору
- 2) нейрон-специфической енолазе
- 3) тиреопероксидазе
- 4) 21-гидроксилазе

### **ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВРОЖДЁННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) мутации в гене SF1
- 2) мутации в гене CYP21A1
- 3) дупликации гена DAX1
- 4) делеции гена SRY

### **ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСЛЕДУЕТСЯ**

- 1) X-сцеплено
- 2) доминантно-негативно
- 3) аутосомно-доминантно
- 4) аутосомно-рецессивно

### **21-ГИДРОКСИЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 17-ОН-прогестерона в 11-дезоксикортизол
- 2) 17-ОН-прегненолона в прогестерон
- 3) 17-ОН-прогестерона в андростендион
- 4) 11-дезоксикортизола в кортизол

### **В ПЕРИОД ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ**

- 1) препараты из группы блокаторов кальциевых каналов и петлевых диуретиков
- 2) глюкозо-солевые растворы
- 3) препараты из группы неселективные бета-адреноблокаторы
- 4) препараты из группы альфа-адреноблокаторы

### **ВРОЖДЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФЕКТ STAR-ПРОТЕИНА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) преимущественным нарушением синтеза дегидроэпиандростендиона
- 2) преимущественным нарушением синтеза кортизола
- 3) дефицитом всех гормонов коры надпочечников
- 4) преимущественным нарушением синтеза альдостерона

### **ПРИЧИНОЙ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 21-гидроксилазы
- 2) 17 $\beta$ -гидроксилазы
- 3) ароматазы
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилазы

### **ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТЕ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ НАКОПЛЕНИЕ**

- 1) андростендиона
- 2) 17-гидроксипрогестерона
- 3) дегидроэпиандростендиона
- 4) тестостерона

### **В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ 11 $\beta$ -ГИДРОКСИЛАЗЫ ЛЕЖАТ**

- 1) гипонатриемия и гиповолемия
- 2) гипернатриемия и гиперволемия
- 3) гипокалиемия и гиповолемия
- 4) гиперкалиемия и нормоволемия

### **ПОЯВЛЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ СИНЮШНО-БАГРОВЫХ СТРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПРИ НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА**

- 1) диффузного токсического зоба
- 2) врожденного гипопитуитаризма
- 3) синдрома Шерешевского-Тернера
- 4) болезни Иценко-Кушинга

### **ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ОЧЕНЬ ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ЯВЛЯЕТСЯ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ**

- 1) X-сцепленной гипоплазии надпочечников
- 2) синдрома Смита-Лемли-Опица
- 3) X-сцепленной адренолейкодистрофии

4) аутоиммунной надпочечниковой недостаточности

### **ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) неукротимой рвоты фонтаном, не связанной с приемом пищи
- 2) желтухи затяжной
- 3) запоров декомпенсированных
- 4) гипергидроза

### **С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ РЕТЕСТИРОВАНИЯ СОВМЕСТНО С**

- 1) определением уровня 17-ОНП методом иммуноблотинга
- 2) дополнительной оценкой уровня АКТГ
- 3) молекулярно-генетическим исследованием гена CYP21A2
- 4) дополнительной оценкой уровня тестостерона

### **ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) снижение артериального давления
- 2) повышение артериального давления
- 3) снижение уровня гликемии
- 4) повышение уровня гликемии

### **ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕФИЦИТА АКТГ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипергликемией
- 2) гиперкалиемией
- 3) гипогликемией
- 4) гипернатриемией

### **ГИПЕРПЛАЗИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ**

- 1) синдрома Прадера-Вилли
- 2) конституциональной задержки роста
- 3) синдрома Шерешевского-Тернера
- 4) болезни Иценко-Кушинга

### **ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XY НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)
- 2) нормальное мужское строение
- 3) нормальное женское строение
- 4) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)

### **ЗА ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЮ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ**

**НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТВЕЧАЕТ ИЗБЫТОК**

- 1) кортизола
- 2) 17-гидроксипрогестерона
- 3) АКТГ
- 4) ренина

**ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 1-3
- 2) 3-6
- 3) 6-9
- 4) 12

**ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ИЗБЫТКА**

- 1) АКТГ
- 2) 17-гидроксипрогестерона
- 3) тестостерона
- 4) альдостерона

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) метилпреднизолон
- 2) преднизолон
- 3) гидрокортизон
- 4) дексаметазон

**КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ/ПАРААНГЛИОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) снижение уровня катехоламинов в моче
- 2) купирование гиповолемического синдрома
- 3) уменьшение частоты гипертензивных приступов
- 4) достижение стойкой гипотензии

**КАКОЙ ТЕСТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПАЦИЕНТУ С СОЧЕТАНИЕМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ И ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?**

- 1) пробу Сулковича (исключает гиперкальциурию)
- 2) тест Ширмера (исключает синдром сухого глаза)
- 3) потовую пробу
- 4) диаскин-тест

**ПРИ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ НАБЛЮДАЮТ**

- 1) сниженный аппетит

- 2) судорожный синдром
- 3) гиперпигментацию
- 4) артериальную гипотонию

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперпигментация
- 2) витилиго
- 3) пятна цвета «кофе с молоком»
- 4) лентиго

**ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВЫЕ ПАРААНГЛИОМЫ ЧАЩЕ ПРОДУЦИРУЮТ**

- 1) альдостерон
- 2) адреналин
- 3) норадреналин
- 4) кортизол

**ЗАДЕРЖКА КОСТНОГО ВОЗРАСТА (ЗАМЕДЛЕНИЕ ТЕМПОВ ОКостЕНЕНИЯ) У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- 1) недостатке глюкокортикоидов
- 2) недостатке минералокортикоидов
- 3) избытке глюкокортикоидов
- 4) избытке минералокортикоидов

**СОЧЕТАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) синдрома Олгрова
- 2) синдрома Смит-Лемли-Опиц
- 3) врожденной гипоплазии надпочечников
- 4) изолированного дефицита минералокортикоидов

**К РАЗВИТИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИВОДИТ ДЕФИЦИТ**

- 1) 21-гидроксилазы
- 2) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 3) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилазы

**ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ ИЗБЫТОЧНОЕ НАКОПЛЕНИЕ**

- 1) 11-дезоксикортикостерона
- 2) 17-ОН-прогестерона
- 3) 11-дезоксикортизола
- 4) андростендиона

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ**

- 1) Хиппеля-Линдау
- 2) функционирующих параганглиом
- 3) МЭН 2
- 4) нейрофиброматоза 1 типа

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОРТИЗОЛА В КРОВИ ДЛЯ ОЦЕНКИ АДЕКВАТНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- 1) проводится в утренние часы после приема препаратов
- 2) проводится утренние часы до приема препаратов
- 3) не проводится
- 4) проводится в вечерние часы после приема препаратов

**ПРОЦЕДУРА НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВКЛЮЧАЕТ ЗАБОР КРОВИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА \_\_\_ СУТКИ ЖИЗНИ**

- 1) 4
- 2) 1
- 3) 7
- 4) 14

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДИТСЯ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ?**

- 1) дефицит 21-гидроксилазы
- 2) дефицит 20,22-десмолазы (11?-гидроксилазы)
- 3) дефицит 3?-гидроксиesteroиддегидрогеназы
- 4) дефицит 11?-гидроксилазы

**РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ УТРЕННИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩЕГО ТЕРАПИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ**

- 1) снижения дозы флудрокортизона
- 2) снижения дозы гидрокортизона
- 3) увеличения дозы гидрокортизона
- 4) увеличения дозы флудрокортизона

**ПРИЧИНОЙ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) ароматазы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) оксидоредуктазы
- 4) 11?-гидроксилазы

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) таблетированный дексаметазон
- 2) гидрокортизон в виде сиропа
- 3) таблетированный гидрокортизон
- 4) таблетированный преднизолон

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) У ДЕВОЧЕК В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперплазией яичников
- 2) нарушением строения матки
- 3) увеличением размеров клитора
- 4) гипоплазией яичников

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФЕКТ STAR-ПРОТЕИНА), С КАРИОТИПОМ 46XX НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)
- 2) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 3) нормальное женское строение
- 4) нормальное мужское строение

**У МАЛЬЧИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЕЙ**

- 1) вторичного гипогонадизма
- 2) первичного гипогонадизма
- 3) гиперандрогении
- 4) третичного гипогонадизма

**ВТОРОЙ ПО ЧАСТОТЕ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 11?-гидроксилазы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) 20,22-десмолазы (11?-гидроксилазы)
- 4) 3?-гидроксистероиддегидрогеназы

**СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» В СОЧЕТАНИИ С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У РЕБЕНКА ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ**

- 1) синдром Олгрова (синдром тирплета А)
- 2) митохондриальное заболевание (синдром Кернса-Сейера)
- 3) туберкулезное поражение
- 4) X-сцепленную адренолейкодистрофию

**У МАЛЬЧИКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТСЯ УСКОРЕНИЕ РОСТА, УСКОРЕНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА, ПОЯВЛЕНИЕ ПУБАРХЕ, ПРИ ОСМОТРЕ ОБЪЕМ ТЕСТИКУЛ СОСТАВЛЯЕТ 2 МЛ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гонадотропинзависимое преждевременное половое развитие
- 2) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы
- 3) дефицит ароматазы
- 4) врожденная гипоплазия коры надпочечников

**К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ ТОЛЬКО В ГОНАДАХ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) 17 $\beta$ -гидроксилаза
- 2) 17 $\alpha$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 3) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилаза

**ПРИЧИНОЙ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) оксидоредуктазы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 4) ароматазы

**ПЕРВИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) низким уровнем кортизола и высоким АКТГ
- 2) низким уровнем кортизола и низким АКТГ
- 3) высоким уровнем кортизола и высоким АКТГ
- 4) высоким уровнем кортизола и низким АКТГ

**ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипогликемический синдром
- 2) тошнота и рвота
- 3) задержка психо-моторного развития
- 4) остановка в росте

**ДВУСТОРОННИЙ ПАХОВЫЙ КРИПТОРХИЗМ У МЛАДЕНЦА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) врожденной гипоплазии надпочечников
- 2) врожденной дисфункции коры надпочечников
- 3) аутоиммунной надпочечниковой недостаточности
- 4) изолированного дефицита глюкокортикоидов

**ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипопигментацией
- 2) гиперпигментацией
- 3) гипогликемией

4) гиперкалиемией

#### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) врожденной дисфункции коры надпочечников (недостаточность 21-гидроксилазы)
- 2) недостаточности 5-альфа-редуктазы
- 3) смешанной дисгенезии яичек
- 4) синдроме андрогенной нечувствительности

#### **ПРЕНАТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРОВОДИТСЯ**

- 1) кортизона ацетатом
- 2) гидрокортизоном
- 3) дексаметазоном
- 4) преднизолоном

#### **ФЕОХРОМОЦИТОМА — ЭТО ОПУХОЛЬ, ПРОДУЦИРУЮЩАЯ**

- 1) кортизол
- 2) адреналин
- 3) адренорекотропный гормон
- 4) альдостерон

#### **СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ У ДЕВОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 2) синдрома Прадера-Вилли
- 3) врожденной гипоплазии надпочечников
- 4) синдрома Сильвера-Рассела

#### **СТОЙКО ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РЕБЕНКА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОКОРТИЦИЗМОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) избыточной дозы флудрокортизона
- 2) избыточной дозы гидрокортизона
- 3) недостаточной дозы флудрокортизона
- 4) недостаточной дозы гидрокортизона

#### **ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) терапия бета-адреноблокаторами
- 2) радиоiodтерапия
- 3) терапия альфа-адреноблоакторами
- 4) хирургическое лечение после купирования гиповолемического синдрома

#### **ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИЭНДОКРИННОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С**

- 1) гипопитуитаризмом

- 2) гипопаратиреозом
- 3) сахарным диабетом
- 4) аутоиммунным тиреоидитом

**ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НЕДОСТАТОЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ДОЗЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ С БОЛЕЗНЬЮ АДДИСОНА?**

- 1) боли в эпигастрии и тошнота после еды
- 2) выпадение волос и низкие темпы роста
- 3) повышенный аппетит и увеличение веса
- 4) быстрая утомляемость и плохой аппетит

**ПОВЫШЕНИЕ \_\_\_\_\_ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО ПРИЧИНОЙ ГИПЕРАНДРОГАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ)**

- 1) дегидроэпиандростерона
- 2) дезоксикортикостерона
- 3) тестостерона
- 4) 17-гидроксипрогестерона

**ПОВЫШЕНИЕ \_\_\_\_\_ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКО СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ДЕВОЧЕК С НЕПРАВИЛЬНЫМ СТРОЕНИЕМ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ ДЕФЕКТЕ 11 $\beta$  - ГИДРОКСИЛАЗЫ**

- 1) тестостерона
- 2) альдостерона
- 3) 17-гидроксипрогестерона
- 4) 11-дезоксикортизола

**ГИПОТОНИЯ НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) андростендиона
- 2) дегидроэпиандростендиона
- 3) тестостерона
- 4) альдостерона

**У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРАВИЛЬНОЕ ЖЕНСКОЕ СТРОЕНИЕ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ, НИЗКИЙ УРОВЕНЬ НАТРИЯ, ГЛЮКОЗЫ, ПО ДАННЫМ УЗИ В ОБЛАСТИ ПОЛОВЫХ ГУБ ОБНАРУЖЕНЫ ТЕСТИКУЛЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 11-бета-гидроксилазы
- 2) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы
- 3) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефект STAR-протеина
- 4) врожденная гипоплазия коры надпочечников

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА С КАРИОТИПОМ 46XX НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ**

**ИМЕЮТ ПРОМЕЖУТОЧНОЕ ИЛИ НОРМАЛЬНОЕ МУЖСКОЕ СТРОЕНИЕ (ПРАДЕР 1-5), ЕСЛИ ПАЦИЕНТ СТРАДАЕТ**

- 1) дефицитом 20,22-десмолазы
- 2) дефицитом альдостеронсинтазы
- 3) дефектом STAR-протеина
- 4) дефицитом 21-гидроксилазы

**ВТОРОЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

- 1) клиторопластику, рассечение урогенитального синуса (при необходимости)
- 2) интроитопластику
- 3) удаление малых половых губ
- 4) удаление больших половых губ

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ИССЛЕДУЮТ УРОВЕНЬ**

- 1) тестостерона
- 2) андростендиона
- 3) АКТГ
- 4) 17-гидроксипрогестерона

**ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) преднизолон
- 2) гидрокортизон
- 3) дексаметазон
- 4) метилпреднизолон

**ХОЛЕСТЕРОЛ ЯВЛЯЕТСЯ СУБСТРАТОМ ДЛЯ СИНТЕЗА**

- 1) гликопротеионов
- 2) аминокислот
- 3) пептидов
- 4) стероидов

**У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21 ГИДРОКСИЛАЗЫ , ОБНАРУЖИВАЮТ \_\_\_\_\_ УРОВЕНЬ \_\_\_\_\_**

- 1) повышенный; гонадотропинов
- 2) повышенный; эстрогенов
- 3) повышенный; андрогенов
- 4) сниженный; андрогенов

**ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТРОНА 1 РАЗ В (В**

## **МЕСЯЦАХ)**

- 1) 3-6
- 2) 1-3
- 3) 6-9
- 4) 12

## **АЛЬДОСТЕРОН ПРОДУЦИРУЕТСЯ В**

- 1) сетчатой зоне коры надпочечников
- 2) мозговом слое надпочечников
- 3) клубочковой зоне коры надпочечников
- 4) пучковой зоне коры надпочечников

## **ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) доминантно-негативным
- 2) аутосомно-доминантным
- 3) аутосомно-рецессивным
- 4) X-сцепленным

## **ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XX НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) нормальное женское строение
- 2) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 3) нормальное мужское строение
- 4) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)

## **ПРОВЕДЕНИЕ МАЛОЙ ДЕКСАМЕТАЗОНОВОЙ ПРОБЫ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ**

- 1) функциональным и патологическим гиперкортизолизмом
- 2) болезнью Иценко-Кушинка и АКТГ-эктопическим синдромом
- 3) болезнью Иценко-Кушинка и опухолью надпочечников
- 4) АКТГ-эктопированным синдромом и опухолью надпочечников

## **НИЗКОРЕНИНОВАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- 1) дефиците 20,22- десмолазы
- 2) дефекте STAR-протеина
- 3) дефиците 11-бета-гидроксилазы
- 4) дефиците 21-гидроксилазы

## **В ОСНОВЕ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ДЕФИЦИТЕ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ДЕФИЦИТОМ АЛЬДОСТЕРОНСИНТАЗЫ, ЛЕЖИТ ДЕФИЦИТ**

- 1) активности ренина плазмы
- 2) альдостерона

- 3) 17-гидроксипрогестерона
- 4) 11-дезоксикортизола

**НЕДОСТАТОК АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВЫЗЫВАЕТ СНИЖЕНИЕ РЕАБСОРБЦИИ В ПОЧКАХ**

- 1) магния
- 2) кальция
- 3) калия
- 4) натрия

**У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 20,22 ДЕСМОЛАЗЫ) ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЕЙ**

- 1) первичного гипогонадизма
- 2) вторичного гипогонадизма
- 3) третичного гипогонадизма
- 4) гиперандрогении

**НАИБОЛЬШАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В МИНЕРАЛОКОРТИКОИДАХ ОТМЕЧАЕТСЯ У**

- 1) подростков
- 2) взрослых
- 3) детей
- 4) новорожденных

**ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ ОЧЕНЬ ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) синдрома Смит-Лемли Опиц
- 2) синдрома Олгров
- 3) X-сцепленной адренолейкодистрофии
- 4) врожденной гипоплазии надпочечников

**НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МИТОТАНОМ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ**

- 1) гиперпролактинемия
- 2) гипогонадизм
- 3) несахарный диабет
- 4) нарушение углеводного обмена

**ТЕСТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ», ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) тест с синактеном
- 2) большая дексаметазоновая проба
- 3) тест с флудкортизоном
- 4) малая дексаметазоновая проба

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПАЦИЕНТАМ**

## **РЕКОМЕНДОВАНО**

- 1) интраоперационное применение блокаторов кальциевых каналов
- 2) отменить все гипотензивные средства перед операцией
- 3) пред и интраоперационное применение альфа-адреноблокаторов
- 4) предоперационное использование ингибиторов АПФ

## **ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИМЕЕТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ**

- 1) кортикостеромы
- 2) альдостеромы
- 3) андростеромы
- 4) феохромоцитомы

## **СНИЖЕНИЕ ТЕМПОВ РОСТА И ИЗБЫТОЧНЫЙ НАБОР ВЕСА У РЕБЕНКА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) избыточной дозы гидрокортизона
- 2) недостаточной дозы флудрокортизона
- 3) недостаточной дозы гидрокортизона
- 4) избыточной дозы флудрокортизона

## **ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ СТЕРОИДОГЕНЕЗА ОБУСЛОВЛЕНА ПОВЫШЕННОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ \_\_\_\_\_ ГОРМОНОМ**

- 1) лютеинизирующим
- 2) адренокортикотропным
- 3) соматотропным
- 4) фолликулостимулирующим

## **ПЯТАЯ СТАДИЯ ВИРИЛИЗАЦИИ ПО ШКАЛЕ ПРАДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) наличием клитора промежуточного размера, небольшим наружным отверстием влагалища с отдельным наружным отверстием уретры
- 2) полной мускулинизацией с нормально сформированным половым членом с уретральным отверстием на вершине или вблизи головки, мошонка при этом нормально сформирована, но пуста
- 3) наличием фаллоса с пустой мошонкой, единым небольшим выходным отверстием уретры/влагалища у основания или на теле фаллоса
- 4) значительной клитеромегалией с единым уrogenитальным синусом и практически полным сращением половых губ

## **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В СЕМЬЕ ПАЦИЕНТА С ГЕНЕТИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ X-СЦЕПЛЕННОЙ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

- 1) лицам мужского пола по отцовской линии
- 2) родителям пациента
- 3) лицам мужского пола по материнской линии

4) родным братьям и сестрам пациента

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ В СОЧЕТАНИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ НАТРИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ**

- 1) снижения дозы флудрокортизона
- 2) увеличения дозы флудрокортизона
- 3) снижения дозы гидрокортизона
- 4) увеличения дозы гидрокортизона

**К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С ДИАГНОЗОМ**

- 1) синдром поликистозных яичников
- 2) синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева
- 3) множественные эндокринные неоплазии
- 4) аутоиммунный полиэндокринный синдром

**ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 20,22 ДЕСМОЛАЗЫ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) дефицитом всех гормонов коры надпочечников
- 2) преимущественным нарушением синтеза кортизола
- 3) преимущественным нарушением синтеза альдостерона
- 4) преимущественным нарушением синтеза дегидроэпиандростендиона

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XX НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) нормальное женское строение
- 2) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 3) нормальное мужское строение
- 4) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)

**У МАЛЬЧИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 20,22 ДЕСМОЛАЗЫ) ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЕЙ**

- 1) гиперандрогении
- 2) вторичного гипогонадизма
- 3) первичного гипогонадизма
- 4) третичного гипогонадизма

**СИНДРОМ ПОТЕРИ СОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) изолированного дефицита глюкокортикоидов
- 2) вторичной надпочечниковой недостаточности
- 3) первичной надпочечниковой недостаточности
- 4) первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности

## **ГОРМОНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) сниженный уровень кортизола и сниженный уровень АКТГ в крови
- 2) сниженный уровень кортизола и повышенный уровень АКТГ в крови
- 3) повышенный уровень кортизола и повышенный уровень АКТГ в крови
- 4) нормальный уровень кортизола и сниженный уровень АКТГ в крови

## **3-БЕТА-ГИДРОКСИСТЕРОИДДЕГИДРОГЕНАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) холестерина в прегненолон
- 2) 17-ОН-прегненолона в 17-ОН-прогестерон
- 3) 17-ОН-прогестерона в андростендион
- 4) 17-ОН-прегненолона в прогестерон

## **ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 20,22 ДЕСМОЛАЗЫ) ОТ ДЕФИЦИТА STAR-ПРОТЕИНА ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ**

- 1) нарушения строения наружных гениталий у плода с кариотипом 46ХУ
- 2) гиперплазии надпочечников
- 3) первичного гипогонадизма у девочек
- 4) первичного гипогонадизма у мальчиков

## **ПОВЫШЕННАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В СОЛИ У РЕБЕНКА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) избыточной дозы флудрокортизона
- 2) избыточной дозы гидрокортизона
- 3) недостаточной дозы гидрокортизона
- 4) недостаточной дозы флудрокортизона

## **ИЗБЫТОЧНОЕ НАКОПЛЕНИЕ СТЕРОИДОВ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ФЕРМЕНТАТИВНОМУ БЛОКУ, ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФЕКТА СИНТЕЗА**

- 1) андростендиона
- 2) альдостерона
- 3) кортизола
- 4) тестостерона

## **ПЕРВАЯ СТАДИЯ ВИРИЛИЗАЦИИ ПО ШКАЛЕ ПРАДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) увеличением размеров клитора, незначительным уменьшением наружного отверстия влагалища
- 2) наличием клитора промежуточного размера, небольшим наружным отверстием влагалища с отдельным наружным отверстием уретры
- 3) значительной клитеромегалией с единым урогенитальным синусом и практически полным сращением половых губ
- 4) наличием фаллоса с пустой мошонкой, единым небольшим выходным отверстием

уретры/влагалища у основания или на теле фаллоса

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С СИНАКТЕНОМ ИССЛЕДУЮТ УРОВЕНЬ**

- 1) прегненалона
- 2) дигидротестостерона
- 3) кортизола
- 4) альдостерона

**КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ускорение роста
- 2) судорожный синдром
- 3) гипотония
- 4) задержка роста

**ПРИ АЛЬДОСТЕРОМЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипокальциемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гиперкальциемия
- 4) гиперкалиемия

**ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ \_\_\_\_\_ ЕСЛИ РЕБЕНОК ПРОХОДИЛ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ АХАЛАЗИИ КАРДИИ**

- 1) синдром Шмидта
- 2) синдром Олгроува
- 3) врожденную гипоплазию надпочечников
- 4) X-сцепленную адренолейкодистрофию

**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМ И ПАРАГАНЛИОМ ПРИ СИНДРОМЕ ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) магнитно-резонансная томография с контрастированием
- 2) мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием
- 3) рентгенография с введением бария
- 4) ультразвуковое исследование

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО СТЕРОИДА ПРОВОДИТСЯ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ)?**

- 1) андростендиона
- 2) дегидроэпиандростерона
- 3) 17-гидроксипрогестерона
- 4) дезоксикортикостерона

**ВРОЖДЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФЕКТ STAR-ПРОТЕИНА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) нормальными размерами
- 2) формированием вторичных аденом
- 3) уменьшением размеров
- 4) увеличением размеров

**ОСНОВНЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ МАРКЕРОМ ДЕФИЦИТА КОРТИЗОЛА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) 17-гидроксипрогестерон
- 2) дегидроэпиандростерон
- 3) дезоксикортикостерон
- 4) андростендион

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 3-БЕТА-ГИДРОКСИСТЕРОИДДЕГИДРОГЕНАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XY НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) нормальное женское строение
- 2) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)
- 3) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 4) нормальное мужское строение

**ГИПОПЛАЗИЯ ЗУБНОЙ ЭМАЛИ У РЕБЕНКА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) врожденной дисфункции коры надпочечников
- 2) аутоиммунной полигландулярном синдроме 1 типа
- 3) X-сцепленной адренолейкодистрофии
- 4) врожденной гипоплазии коры надпочечников

**ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) двусторонняя адреналэктомия без последующей терапии митотаном
- 2) двусторонняя адреналэктомия с последующей терапией митотаном
- 3) медикаментозная терапия кетоконазолом без оперативного лечения
- 4) медикаментозная терапия митотаном без оперативного лечения

**СПОСОБОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРАГАНГЛИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) сцинтиграфия с Tc-99m-пертехнетатом
- 2) сцинтиграфия с метайодбензилгуанидином
- 3) ПЭТ/КТ с 18F-ДОПА
- 4) ПЭТ/КТ с 18F-фтордезоксиглюкозой

**ЗАДЕРЖКА РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ НАЛИЧИИ У**

## **РЕБЕНКА**

- 1) алиментарного ожирения
- 2) болезни Иценко-Кушинга
- 3) многоузлового нетоксического зоба
- 4) диффузного токсического зоба

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДЕФИЦИТ 21- ГИДРОКСИЛАЗЫ И 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ У РЕБЕНКА С ВИРИЛИЗАЦИЙ, НО БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВОЗМОЖНО ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ**

- 1) 17-гидроксипрегненолона
- 2) альдостерона
- 3) кортикостерона
- 4) 11-дезоксикортизола

## **КТ-ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ АДРЕНОКАРЦИНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА, ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_ НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ, \_\_\_\_\_ ВЫМЫВАНИЕ КП**

- 1) высокая; быстрое
- 2) высокая; медленное
- 3) низкая; быстрое
- 4) низкая; медленное

## **ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ РЕНИНА ПЛАЗМЫ ИЛИ ПРЯМОГО РЕНИНА 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 6
- 2) 3
- 3) 9
- 4) 12

## **ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ**

- 1) широких синюшно-багровых стрий
- 2) пятен цвета «кофе с молоком»
- 3) множественных темных невусов
- 4) участков кольцевидной эритемы

## **К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ ТОЛЬКО В НАДПОЧЕЧНИКАХ, ОТНОСЯТСЯ**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилаза, 21-гидроксилаза
- 2) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа, 17 $\alpha$  -гидроксилаза
- 3) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа, ароматаза
- 4) STAR-протеин, 20, 22-десмолазы

## **КРИТЕРИЕМ КОМПЕНСАЦИИ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ**

## **НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) нормальный уровень АКТГ в крови
- 2) клиническая картина (отсутствие слабости)
- 3) нормальный уровень кортизола в крови
- 4) нормальный уровень ренина в крови

## **НАЛИЧИЕ «ТВОРОЖИСТЫХ» БЕЛЫХ НАЛЕТОВ НА СЛИЗИСТОЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) X-сцепленной врожденной гипоплазии надпочечников
- 2) аутоиммунного полиэндокринного синдрома 2 типа
- 3) аутоиммунного полиэндокринного синдрома 1 типа
- 4) X-сцепленной адренолейкодистрофии

## **«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) мультиспиральной компьютерной томографии
- 2) сцинтиграфии с метайодбензилгуанидином
- 3) позитронно-эмиссионной томографии с галием
- 4) сцинтиграфии с  $^{99m}\text{Tc}$ -пертехнетатом в сочетании с однофотонной эмиссионной компьютерной томографией

## **ПРОЯВЛЕНИЕМ ИЗБЫТКА АНДРОГЕНОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) удвоение влагалища у девочки
- 2) гипоспадия у мальчика
- 3) вирилизация наружных половых органов у девочки
- 4) микропения, двусторонний крипторхизм у мальчика

## **СОЧЕТАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) 21-гидроксилазы
- 2) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 3) ароматазы
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилазы

## **ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ АНАЛИЗА МОЧИ НА МЕТАНЕФРИН И НОРМЕТАНЕФРИН ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

- 1) печени
- 2) гипофиза
- 3) надпочечника
- 4) щитовидной железы

## **НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ У ДЕВОЧЕК**

### **ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ**

- 1) повышения 17-гидроксипрогестерона
- 2) пубертатного развития
- 3) мутации в гене CYP21A2
- 4) внутриутробной вирилизации

### **ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРАНДРОГАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипергидроз
- 2) появление акне
- 3) витилиго
- 4) сухость кожных покровов

### **ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- 1) бета-адреноблокаторов
- 2) ингибиторов АПФ
- 3) альфа-адреноблокаторов
- 4) блокаторов кальциевых каналов

### **ОТСУТСТВИЕ ПОВЫШЕНИЯ ДИГИДРОТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ДЕФИЦИТ**

- 1) 5- $\alpha$ -редуктазы
- 2) 17- $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 3) 17- $\alpha$ -гидроксилазы
- 4) 3- $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

### **В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ РЯД ПРИЧИН НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ВХОДИТ**

- 1) X-сцепленная адренолейкодистрофия
- 2) врожденная гипоплазия надпочечников
- 3) туберкулезное поражение надпочечников
- 4) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа

### **ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ДОЗЫ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ (КОРТИНЕФФА) ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ**

- 1) ДГЭА
- 2) альдостерона
- 3) АКТГ
- 4) ренина

### **КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТЕ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) стеаторея
- 2) запор

- 3) диарея
- 4) мелена

**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЫДЕЛЯЮТ \_\_\_\_\_ ФОРМ/ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) девять
- 2) пять
- 3) семь
- 4) две

**КТ-ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ АДРЕНОКАРЦИНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА, ЯВЛЯЮТСЯ НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ**

- 1) менее 15 HU, медленное вымывание КП
- 2) более 10 HU, медленное вымывание КП
- 3) более 30 HU, отсутствие накопления КП
- 4) более 15 HU, быстрое вымывание КП

**СУТОЧНАЯ ДОЗА ТАБЛЕТИРОВАННОГО ГИДРОКОРТИЗОНА У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

- 1) принимается однократно в утренние часы
- 2) делится на 3 приема
- 3) принимается однократно в вечерние часы
- 4) делится на 2 приема

**ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ИЦЕНКО – КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) опухоль гонад
- 2) гипоплазия надпочечников
- 3) опухоль надпочечников
- 4) опухоль аденогипофиза

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дексаметазон
- 2) метилпреднизолон
- 3) гидрокортизон
- 4) флудрокортизон

**ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТРОНА 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 9
- 2) 12
- 3) 3

4) 6

### **17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 17-ОН-прегненолона в прогестерон
- 2) 17-ОН-прогестерона в дегидроэпиандростерон
- 3) холестерина в прегненолон
- 4) 17-ОН-прогестерона в андростендион

### **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРОВОДЯТ СБОР СУТОЧНОГО АНАЛИЗА МОЧИ НА**

- 1) мочевую кислоту
- 2) кортизол
- 3) метанефрины, норметанефрины
- 4) 5-гидроксииндолуксусную кислоту

### **МАКСИМАЛЬНАЯ СЕКРЕЦИЯ АКТГ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) к полудню
- 2) в ранние утренние часы
- 3) в полночь
- 4) непосредственно перед засыпанием

### **ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАМКАХ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА У ДЕВОЧКИ 7 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) преднизолон
- 2) гидрокортизон
- 3) дексаметазон
- 4) метилпреднизолон

### **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДИТСЯ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ?**

- 1) дефицит 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 2) дефицит 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 3) дефицит 20,22-десмолазы (11 $\alpha$ -гидроксилазы)
- 4) дефицит 21-гидроксилазы

### **ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ АССОЦИИРОВАННЫ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

- 1) опухолей гипофиза
- 2) нейрофибромы
- 3) сосудистых новообразований ЦНС
- 4) рака щитовидной железы

### **ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРЯМОГО РЕНИНА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-**

**ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ МАЛОИНФОРМАТИВНЫМ В СВЯЗИ С**

- 1) трудностью определения данного аналита у детей
- 2) высокой вариабельностью показателя
- 3) отсутствием установленного референсного интервала
- 4) низкими значениями у детей данного возраста

**ВТОРОЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРОВОДИТСЯ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ**

- 1) паспортного возраста 12 лет
- 2) хорошей эстрогенизации гениталий
- 3) компенсации только глюкокортикоидной недостаточности
- 4) компенсации только минералокортикоидной недостаточности

**СИНТЕЗ АЛЬДОСТЕРОНА ИЗ ДЕЗОКСИКОРТИКОСТЕРОНА (ДОК) ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА**

- 1) 11-бетагидроксилазы
- 2) альдостерон-синтетазы
- 3) 17-альфагидроксилазы
- 4) 21-гидроксилазы

**ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ ЭЛЕКТРОЛИТОВ КРОВИ 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 3-6
- 2) 1-3
- 3) 12
- 4) 6-9

**СНИЖЕНИЕ ОЦК НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) андростендиона
- 2) кортизола
- 3) альдостерона
- 4) тестостерона

**ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПРОВОДИТСЯ ПРОБА С**

- 1) раствором NaCl
- 2) синактеном
- 3) дексаметазоном
- 4) тропофеном

**ГИПОНАТРИЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРКАЛИЕМИЕЙ У НОВОРОЖДЕННОГО С НЕПРАВИЛЬНЫМ СТРОЕНИЕМ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ**

- 1) врожденную дисфункцию коры надпочечников
- 2) врожденную гипоплазию надпочечников
- 3) адренолейкодистрофию
- 4) митохондриальное заболевание

**ОДНОЭТАПНАЯ ФЕМИНИЗИРУЮЩАЯ ПЛАСТИКА У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ), ПРИ НАЛИЧИИ ВИРИЛИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА \_\_\_\_ ГОДУ ЖИЗНИ**

- 1) первом
- 2) втором
- 3) третьем
- 4) пятом

**В СЛУЧАЕ ПРОПУСКА ПРИЕМА ГИДРОКОРТИЗОНА У РЕБЕНКА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ**

- 1) принять пропущенную дозу сразу
- 2) дождаться следующего по времени приема препарата и принять две дозы вместе
- 3) дождаться следующего по времени приема препарата и принять обычную дозу
- 4) не принимать препарат в этот день

**ФЕОХРОМОЦИТОМА ПРОИСХОДИТ ИЗ**

- 1) мозгового слоя надпочечников
- 2) клубочковой зоны коры надпочечников
- 3) пучковой зоны коры надпочечников
- 4) сетчатой зоны коры надпочечников

**В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРААНГЛИОМЫ РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- 1) уровня свободного кортизола суточной мочи
- 2) уровня альфа-фетопротеина плазмы
- 3) соотношения ренина/ангиотензина плазмы
- 4) фракционированных метанефринов суточной мочи

**ЧЕТВЕРТАЯ СТАДИЯ ВИРИЛИЗАЦИИ ПО ШКАЛЕ ПРАДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) значительной клитеромегалией с единым урогенитальным синусом и практически полным сращением половых губ
- 2) увеличением размеров клитора, незначительным уменьшением наружного отверстия влагалища
- 3) наличием фаллоса с пустой мошонкой, единым небольшим выходным отверстием уретры/влагалища у основания или на теле фаллоса
- 4) наличием клитора промежуточного размера, небольшим наружным отверстием влагалища с отдельным наружным отверстием уретры

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА НЕОПРЕДЕЛЕННОГО ФЕНОТИПА**

## **ПО ДАННЫМ КТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) МРТ надпочечников
- 2) хирургического лечения
- 3) повторного КТ через 6 месяцев
- 4) КТ с контрастным усилением

**У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТМЕЧАЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНОЕ СТРОЕНИЕ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ (ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ КЛИТЕРОМЕГАЛИЯ С ЕДИНЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНУСОМ И ПРАКТИЧЕСКИ ПОЛНЫМ СРАЩЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ГУБ), НИЗКИЙ УРОВЕНЬ НАТРИЯ, ГЛЮКОЗЫ, ПО ДАННЫМ УЗИ ОБНАРУЖЕНЫ МАТКА И ЯИЧНИКИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дефицит ароматазы
- 2) дефект 20,22-десмолазы
- 3) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы
- 4) врожденная гипоплазия коры надпочечников

**МЕТОДОМ СКРИНИНГА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) уровень альдостерона
- 2) уровень альдостерона и калия
- 3) уровень альдостерона и ренина
- 4) уровень ренина и калия

**КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) нормализация электролитов крови, достижение нормального темпа диуреза, уменьшение размеров надпочечников, нормализация уровня катехоламинов
- 2) нормализация уровня артериального давления, достижение целевой частоты сердечных сокращений, ликвидация индуцированного избытком катехоламинов гиповолемического синдрома
- 3) достижение целевой частоты сердечных сокращений, ликвидация анемии и гиповолемического синдрома, нормализация массы тела, нормализация уровня альдостерона крови
- 4) нормализация уровня артериального давления, нормализация уровня катехоламинов, нормализация гликемического профиля, уменьшение отека диска зрительного нерва

**ДЕФЕКТЫ ГЕНА РЕЦЕПТОРА К АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОМУ ГОРМОНУ – МЕЛАНКОРТИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 2 ТИПА (MCR2) -ПРИВОДЯТ К**

- 1) сочетанному дефициту глюко- и минералокортикостероидов
- 2) изолированному дефициту аденокортикотропного гормона
- 3) изолированному дефициту минералокортикостероидов
- 4) изолированному дефициту глюкокортикоидов

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ИЗБЫТКА АНДРОГЕНОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ**

## **НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипергонадотропный гипогонадизм
- 2) гонадотропизависимое преждевременное половое развитие
- 3) гонадотропнезависимое преждевременное половое развитие
- 4) гипогонадотропный гипогонадизм

## **ПЕРВЫЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

- 1) удаление малых половых губ
- 2) интроитопластику
- 3) клиторопластику, рассечение уrogenитального синуса (при необходимости)
- 4) удаление больших половых губ

## **ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НА ФОНЕ ПРОБЫ С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ НАБЛЮДАЮТ**

- 1) парадоксальный выброс АКТГ
- 2) парадоксальный выброс кортизола
- 3) неизменный уровень кортизола
- 4) подавленный уровень кортизола

## **МЕТОДАМИ СКРИНИНГА ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) суточный ритм секреции АКТГ и кортизола и однократный сбор суточного анализа мочи на кортизол
- 2) суточный ритм секреции АКТГ и кортизола и малая дексаметазоновая проба
- 3) уровень АКТГ и кортизола с утра и большая дексаметазоновая проба
- 4) двукратный уровень АКТГ и кортизола с утра

## **ДЕФИЦИТ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) вторичной надпочечниковой недостаточности
- 2) первичной надпочечниковой недостаточности
- 3) болезни Иценко-Кушинга
- 4) синдроме Иценко-Кушинга

## **ЭКТОПИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ТКАНИ В ЯИЧКО (TESTICULAR ADRENAL REST TUMORS) НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) врожденной дисфункции коры надпочечников
- 2) первичной надпочечниковой недостаточности
- 3) вторичной надпочечниковой недостаточности
- 4) болезни Иценко-Кушинга

## **ПРИ \_\_\_\_\_ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ РЕЗКО ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АКТГ**

- 1) третичной
- 2) любой

- 3) вторичной
- 4) первичной

**ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСЛЕДУЕТСЯ ПО \_\_\_\_\_ ТИПУ**

- 1) полигенному
- 2) аутосомно-доминантному
- 3) аутосомно-рецессивному
- 4) сцепленному с X-хромосомой

**ИЗБЫТОЧНОЕ НАКОПЛЕНИЕ СТЕРОИДОВ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ФЕРМЕНТАТИВНОМУ БЛОКУ, ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) СТГ
- 2) ЛГ
- 3) ТТГ
- 4) АКТГ

**АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ФЕОХРОМОЦИТОМУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) стойкая артериальная гипертензия
- 2) гипогликемия
- 3) головная боль
- 4) пятна на коже цвета «кофес молоком»

**СИНДРОМОМ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) Карни комплекс
- 2) МЭН1
- 3) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 4) Хиппеля-Линдау

**ПРИЧИНОЙ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 2) ароматазы
- 3) 21-гидроксилазы
- 4) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

**НЕДОСТАТОК МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ВОСПОЛНЯЕТСЯ**

- 1) флудрокортизоном
- 2) гидрокортизоном
- 3) дексаметазоном

4) метилпреднизолоном

**ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ 11 $\beta$ -ГИДРОКСИЛАЗЫ, ТАКЖЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) повышенной активностью ренина плазмы
- 2) дефицитом минералокортикоидов
- 3) дефицитом надпочечниковых андрогенов
- 4) избытком надпочечниковых андрогенов

**ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СПИРОНОЛАКТОНОМ ПРИ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) антиандрогенный
- 2) диуретический
- 3) гиперкалиемический
- 4) гипонатриемический

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) снижение уровня активности ренина плазмы
- 2) повышение уровня активности ренина плазмы
- 3) повышение уровня прямого ренина
- 4) повышение уровня альдостерона

**НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ**

- 1) классические формы дефицита 17,20-лиазы
- 2) неклассические формы дефицита 21-гидроксилазы
- 3) классические формы дефицита 21-гидроксилазы
- 4) классические формы дефицита 3-бета-гидроксистероиддегидрогеназы

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ КАТЕХОЛАМИНОВ В КРОВИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) ПЭТ/КТ с 18fДОФА всего тела
- 2) МСКТ забрюшинного пространства
- 3) сцинтиграфии щитовидной железы
- 4) рентгенографии грудной клетки

**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭКТОПИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ТКАНИ В ЯИЧКО (TESTICULAR ADRENAL REST TUMORS) ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ТЕСТИКУЛ**

- 1) магнитно-резонансная томография
- 2) рентгенография
- 3) компьютерная томография
- 4) ультразвуковое исследование

**ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ**

**КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ ИЗБЫТОЧНОЕ НАКОПЛЕНИЕ**

- 1) 11-дезоксикортикостерона и кортикостерона
- 2) 17-ОН-прогестерона и 17-ОНпрегненолона
- 3) 11-дезоксикортизола
- 4) андростендиона

**ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАТЬ**

- 1) кортизол
- 2) АКТГ
- 3) пролактин
- 4) ДГЭАс

**СОЧЕТАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПРИ КАРИОТИПЕ 46ХУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 2) ароматазы
- 3) 21-гидроксилазы
- 4) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

**ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕНИНА В КРОВИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ**

- 1) недостаточной дозы гидрокортизона
- 2) избыточной дозы гидрокортизона
- 3) избыточной дозы флудрокортизона
- 4) недостаточной дозы флудрокортизона

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипотония
- 2) гипергликемия
- 3) судорожный синдром
- 4) ускорение костного возраста

**ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА**

- 1) гипергликемия
- 2) гипогликемия
- 3) артериальная гипертензия
- 4) прибавка массы тела

**ПЕРВИЧНУЮ НАДПОЧЕЧНИКОВУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИНАЧЕ НАЗЫВАЮТ БОЛЕЗНЬ**

- 1) Кушинга
- 2) Аддисона
- 3) Хашимото
- 4) Вильмса

**К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ В НАДПОЧЕЧНИКАХ И ГОНАДАХ, ОТНОСЯТСЯ**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилаза, 21-гидроксилаза
- 2) 17 $\beta$ -гидроксилаза, 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 3) 20, 22-десмолазы, альдостеронсинтаза
- 4) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа, ароматаза

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XX НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)
- 2) нормальное мужское строение
- 3) нормальное женское строение
- 4) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипертриглицеридемия
- 2) гипернатриемия
- 3) гипонатриемия
- 4) гипокалиемия

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВЬ НА ИССЛЕДОВАНИЕ КОРТИЗОЛА И АКТГ БЕРЕТСЯ В**

- 1) любое время в течение дня
- 2) дневные часы после полудня и до заката солнца
- 3) ранние утренние часы до 9 утра
- 4) ночные часы до раннего утра

**СИНДРОМОМ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) МЭН 2В
- 2) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
- 3) Карни комплекс
- 4) МЭН1

**ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) феохромоцитомы
- 2) акромегалии
- 3) сахарного диабета 1 типа

4) гипопитуитаризма

**МАКСИМАЛЬНАЯ СЕКРЕЦИЯ КОРТИЗОЛА ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) к полудню
- 2) в ранние утренние часы
- 3) в полночь
- 4) непосредственно перед засыпанием

**ДЛЯ ТЕРАПИИ ДЕФИЦИТА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ПАЦИЕНТУ 10 ЛЕТ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ 2 ТИПА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) альфакальцидола
- 2) флуконазола
- 3) флудрокортизона
- 4) метилпреднизолона

**КТ-ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ АДЕНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА, ЯВЛЯЮТСЯ НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ \_\_\_\_\_ НУ, \_\_\_\_\_ ВЫМЫВАНИЕ КП**

- 1) 15-30; быстрое
- 2) менее 15; быстрое
- 3) более 15; медленное
- 4) менее 10; медленное

**ВТОРОЙ ПО ЧАСТОТЕ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 21-гидроксилазы
- 2) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 3) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 4) 20,22-десмолазы (11 $\alpha$ -гидроксилазы)

**СЕЛЕКТИВНЫМ БЛОКАТОРОМ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) эплеренон
- 2) спиронолактон
- 3) флутамид
- 4) доксазозин

**ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ АДЕНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА С СИНДРОМОМ КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) терапия митотаном
- 2) лучевая терапия
- 3) терапия кетоконазолом
- 4) хирургическое лечение

**ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕМ КРИЗЕ У**

**ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипокальциемия
- 2) гипомагниемия
- 3) гипогликемия
- 4) гиперкалиемия

**ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕПЛАЗИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФЕКТ STAR-ПРОТЕИНА) ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ИЗБЫТКА**

- 1) тестостерона
- 2) альдостерона
- 3) 17-гидроксипрогестерона
- 4) АКТГ

**«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С**

- 1) дексаметазоном
- 2) синактеном
- 3) метирапоном
- 4) инсулиновой гипогликемией

**К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ ТОЛЬКО В НАДПОЧЕЧНИКАХ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 2) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 3) 11 $\beta$ -гидроксилаза
- 4) 17 $\alpha$ -гидроксилаза

**ГОРМОНАЛЬНЫМ МАРКЕРОМ ДЕФИЦИТА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) АКТГ
- 2) активность ренина плазмы
- 3) тестостерон
- 4) 17-ОНП

**ФЕОХРОМОЦИТОМА ПРИ СИНДРОМЕ ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ КЛЕТОК**

- 1) коркового слоя надпочечников
- 2) параганглиев нервного гребня вегетативной нервной системы с различной локализацией
- 3) хромоффинной ткани мозгового слоя надпочечников
- 4) тканей APUD-системы организма с локализацией в органах ЖКТ

**ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДОСТАТКА АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ**

### **ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперкалиемия
- 2) гипернатриемия
- 3) гипокалиемия
- 4) гипертриглицеридемия

### **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СКЛОННОСТЬ К ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ В/ВО**

- 1) подростковом возрасте
- 2) взрослом возрасте
- 3) период детства
- 4) грудном возрасте

### **ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО**

- 1) снижение уровня ренина
- 2) снижение уровня АКТГ
- 3) повышение уровня ренина
- 4) повышение уровня альдостерона

### **КОРТИЗОЛ СИНТЕЗИРУЕТСЯ В \_\_\_\_\_ ЗОНЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) клубочковой
- 2) сосудистой
- 3) сетчатой
- 4) пучковой

### **ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНЫМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ДОПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРИВОДИТ К**

- 1) задержке полового развития
- 2) задержке роста
- 3) ускорению роста
- 4) отставанию костного возраста

### **11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 11- дезоксикортизола в кортизол
- 2) 17-ОН-прегненолона в прогестерон
- 3) 17-ОН-прогестерона в андростендион
- 4) 17-ОН-прегненолона в 17-ОН-прогестерон

### **ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) повышение уровня прямого ренина
- 2) повышение уровня альдостерона
- 3) повышение уровня активности ренина плазмы

4) снижение уровня активности ренина плазмы

**ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЦЕЛЮ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ ЭКСИКОЗ ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) гипокалиемии в сочетании с глюкозурией
- 2) гиперкалиемии в сочетании с глюкозурией
- 3) гипокалиемии в сочетании с гипернатриемией
- 4) гиперкалиемии в сочетании с гипонатриемией

**СОЧЕТАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) дефицита 21-гидроксилазы
- 2) дефекта STAR-протеина
- 3) дефицита ароматазы
- 4) дефицита 11 $\beta$ -гидроксилазы

**ДИАГНОЗ ВРОЖДЕННОЙ ГИПОПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ДАННЫМИ**

- 1) ультразвукового исследования
- 2) мультистероидного анализа
- 3) компьютерной томографии
- 4) генетического исследования

**ТЕСТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ», ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА**

- 1) малая дексаметазоновая
- 2) с синактеном
- 3) большая дексаметазоновая
- 4) с физиологическим раствором

**УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФЕКТ STAR-ПРОТЕИНА) ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ НАКОПЛЕНИЯ В КЛЕТКАХ**

- 1) мевалоната
- 2) кортизола
- 3) холестерина
- 4) дегидрохостерола

**ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА, ОБУСЛОВЛЕННОМ ДВУСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) продолжение динамического наблюдения
- 2) проведение односторонней адреналэктомии
- 3) использование консервативных методов лечения

4) проведение двусторонней адреналэктомии

**КАКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ РАНЬШЕ ЧАСТО БЫЛА ПРИЧИНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?**

- 1) туберкулез
- 2) ветряная оспа
- 3) брюшной тиф
- 4) холера

**К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ КОЖИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСЯТ**

- 1) участки депигментации
- 2) слущивание эпидермиса на пальцах рук
- 3) «кофейные» пятна на коже
- 4) гиперпигментацию кожных складок

**ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ/ПАРАГАНГЛИОМЕ СИМПТОМЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ КУПИРОВАНЫ**

- 1) блокаторами кальциевых каналов
- 2) ингибиторами mtor
- 3) аналогами соматостатина
- 4) блокаторами адренэргических рецепторов

**СОЧЕТАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ХРОНИЧЕСКИМ КАНДИДОЗОМ СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 2) аутоиммунного полиэндокринного синдрома 2 типа
- 3) аутоиммунного полиэндокринного синдрома 1 типа
- 4) аутоиммунного полиэндокринного синдрома 3 типа

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА КОРТИЗОЛА У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипонатриемия
- 2) гипогликемия
- 3) гипертриглицеридемия
- 4) гиперкалиемия

**ЗАБОР КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАНЕФРИНОВ ПЛАЗМЫ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

- 1) только в период повышения артериального давления
- 2) только при возникновении симпатоадреналового криза
- 3) в положении сидя после 30-минутного покоя
- 4) в положении лежа после 30-минутного покоя

**ПРИЧИНОЙ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КАРИОТИПЕ**

### **46XY ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 2) ароматазы
- 3) 21-гидроксилазы
- 4) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

### **К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ ТОЛЬКО В НАДПОЧЕЧНИКАХ, ОТНОСЯТСЯ**

- 1) STAR-протеин, 20, 22-десмолазы
- 2) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа, 17 $\beta$ -гидроксилаза
- 3) 11 $\beta$ -гидроксилаза, 21-гидроксилаза
- 4) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа, ароматаза

### **ДЕФИЦИТ 17 $\alpha$ -ГИДРОКСИЛАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С КАРИОТИПОМ 46,XX, НАРЯДУ С ГИПОКОРТИЦИЗМОМ, ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) гипокальцемии
- 2) гипергликемии
- 3) гипогонадизма
- 4) гипотиреоза

### **ДЕФИЦИТ 17 $\beta$ -ГИДРОКСИЛАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С КАРИОТИПОМ 46,XX, НАРЯДУ С ГИПОКОРТИЦИЗМОМ, ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) гипогонадизма
- 2) гипергликемии
- 3) гипотиреоза
- 4) гипокальцемии

### **К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ ТОЛЬКО В ГОНАДАХ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) 17 $\alpha$ -гидроксилаза
- 2) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 3) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 4) 11 $\beta$ -гидроксилаза

### **ИЗБЫТОЧНОЕ НАКОПЛЕНИЕ СТЕРОИДОВ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ФЕРМЕНТАТИВНОМУ БЛОКУ, ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ускорением темпов роста
- 2) синдромом потери соли
- 3) гипогликемическим синдромом
- 4) задержкой темпов физического развития

### **СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ РОСТА У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ**

- 1) недостаточной дозе глюкокортикоидов
- 2) избыточной дозе глюкокортикоидов
- 3) избыточной дозе минералокортикоидов
- 4) недостаточной дозе минералокортикоидов

### **3-БЕТА-ГИДРОКСИСТЕРОИДДЕГИДРОГЕНАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 17-ОН-прогестерона в андростендион
- 2) холестерина в прегненолон
- 3) дегидроэпиандростерона в андростендион
- 4) 17-ОН-прегненолона в прогестерон

### **В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ ЛЕЖАТ**

- 1) гипонатриемия и гиповолемия
- 2) гипернатриемия и гиперволемия
- 3) гипокалиемия и гиповолемия
- 4) гиперкалиемия и нормоволемия

### **ГИПОГЛИКЕМИЯ ХАРАКТЕРНА**

- 1) только для первичной надпочечниковой недостаточности
- 2) для первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности
- 3) для изолированного дефицита минералокортикоидов
- 4) только для вторичной надпочечниковой недостаточности

### **КТ-ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА НЕОПРЕДЕЛЕННОГО ФЕНОТИПА, ЯВЛЯЮТСЯ РАЗМЕР \_\_\_\_ СМ, \_\_\_\_ НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ**

- 1) менее 4; низкая
- 2) более 8; высокая
- 3) более 2; высокая
- 4) более 4; низкая

### **«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОДНОСТОРОННЕГО ИЛИ ДВУСТОРОННЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) компьютерная томография надпочечников
- 2) сравнительный селективный венозный забор крови из надпочечниковых вен
- 3) магнитно-резонансная томография надпочечников
- 4) ультразвуковое исследование надпочечников

### **В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ/ПАРААНГЛИОМЫ РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- 1) уровня 21-дезоксикортизола в моче
- 2) соотношения ренина/ангиотензина плазмы
- 3) свободных метанефринов плазмы

4) уровня альдостерона и кортизола плазмы

### **ПРИ СЕМЕЙНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ 2 ТИПА НА ФОНЕ СУПРЕССИВНОГО ТЕСТА С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ НАБЛЮДАЮТ**

- 1) неизменный уровень альдостерона
- 2) повышение уровня альдостерона
- 3) снижение уровня альдостерона
- 4) снижение уровня активности ренина плазмы

### **АДЕКВАТНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЮБОЙ ФОРМЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ**

- 1) тестостерона, эстрадиола, дегидроэпиандростерона крови
- 2) 17-гидроксипрогестерона, кортизола, тестостерона крови
- 3) АКТГ, кортизола, альдостерона крови
- 4) роста, веса, костного возраста

### **ДЕФИЦИТ КОРТИЗОЛА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРОЯВЛЯЕТСЯ СКЛОННОСТЬЮ К**

- 1) гипокальциемии
- 2) гипокалиемии
- 3) гипогликемии
- 4) гипонатриемии

### **ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПОКАЗАНА ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА**

- 1) альфа-адреноблокаторами
- 2) глюкокортикоидами
- 3) ингибиторами АПФ
- 4) нестероидными противовоспалительными средствами

### **ПРИ АЛЬДОСТЕРОМЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) низкий уровень альдостерона и ренина
- 2) высокий уровень альдостерона и ренина
- 3) высокий уровень альдостерона, низкий уровень ренина
- 4) низкий уровень альдостерона, высокий уровень ренина

### **ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРИ СИНДРОМЕ МЭН2 ТИПА ЧАЩЕ ПРОДУЦИРУЮТ**

- 1) адреналин
- 2) норадреналин
- 3) кортизол
- 4) альдостерон

### **21-ГИДРОКСИЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 17-ОН-прегненолона в прогестерон

- 2) прогестерона в дезоксикортикостерон
- 3) 11-дезоксикортизола в кортизол
- 4) 17-ОН-прогестерона в андростендион

### **ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ**

- 1) проопиомеланокортина
- 2) вазопрессина
- 3) окситоцина
- 4) ренина

### **ПРОГРЕССИЯ КОСТНОГО ВОЗРАСТА (УСКОРЕНИЕ ТЕМПОВ ОКОСТЕНЕНИЯ) У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- 1) избытке минералокортикоидов
- 2) недостатке минералокортикоидов
- 3) недостатке глюкокортикоидов
- 4) избытке глюкокортикоидов

### **К РАЗВИТИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИВОДИТ ДЕФИЦИТ**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 2) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 3) 21-гидроксилазы
- 4) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

### **ПЕРВЫЙ ЭТАП ДВУХЭТАПНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)**

- 1) до 1
- 2) от 1 до 3
- 3) от 3 до 5
- 4) от 10 до 12

### **ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ КОМПОНЕНТОМ**

- 1) синдрома Прадера-Вилли
- 2) синдрома Сильвера-Рассела
- 3) X-сцепленной адренолейкодистрофии
- 4) врожденной гипоплазии надпочечников

### **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАТОГНОМОНИЧНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) дефиците 21-гидроксилазы
- 2) дефиците 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 3) дефиците 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

4) дефиците 20,22-десмолазы (11 $\alpha$ -гидроксилазы)

**К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ ТОЛЬКО В НАДПОЧЕЧНИКАХ, ОТНОСИТСЯ**

- 1) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 2) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа
- 3) 11 $\beta$ -гидроксилаза
- 4) 17 $\beta$ -гидроксилаза

**У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЕЙ**

- 1) гиперандрогении
- 2) вторичного гипогонадизма
- 3) первичного гипогонадизма
- 4) третичного гипогонадизма

**ЛЕЧЕНИЕ ИЗБЫТОЧНЫМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРИВОДИТ К**

- 1) прогрессированию полового развития
- 2) ускорению роста
- 3) задержке роста
- 4) прогрессированию костного возраста

**ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) наличие микропенисии у мальчика
- 2) гипертрофия больших половых губ у девочки
- 3) наличие мошоночной формы гипоспадии у мальчика
- 4) вирилизация наружных половых органов у девочки

**ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ РОДИТЕЛИ**

- 1) планируют не проводить заместительную гормональную терапию после рождения
- 2) не согласны на проведение перинатальной терапии глюкокортикоидами
- 3) не будут прерывать беременность больным плодом
- 4) будут прерывать беременность больным плодом

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипокалиемия
- 2) гипонатриемия

- 3) гиперкалиемия
- 4) гипертриглицеридемия

### **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАТОГНОМОНИЧНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) дефиците 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 2) дефиците 21-гидроксилазы
- 3) дефиците 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 4) дефиците 20,22-десмолазы (11 $\beta$ -гидроксилазы)

### **ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОИСХОДИТ ПОД ДЕЙСТВИЕМ**

- 1) тиреотропин-релизинг-гормона
- 2) адrenокортикотропного гормона
- 3) гонадотропинов
- 4) гонадотропин-релизинг-гормона

### **3-БЕТА-ГИДРОКСИСТЕРОИДДЕГИДРОГЕНАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) холестерина в прегненолон
- 2) прегненолона в прогестерон
- 3) 17-ОН-прогестерона в андростендион
- 4) 17-ОН-прегненолона в прогестерон

### **ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ ЧАЩЕ ПРОДУЦИРУЮТ**

- 1) кортизол
- 2) альдостерон
- 3) адреналин
- 4) норадреналин

### **ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипогликемическими судорогами
- 2) гиперпигментацией кожи
- 3) синдромом потери соли
- 4) повышением уровня АКТГ

### **КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОЙ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У ДЕВОЧЕК ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) задержка роста
- 2) вирилизация
- 3) отставание психо-моторного развития
- 4) отставание костного возраста

### **17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 17-ОН-прегненолона в прогестерон

- 2) 17-ОН-прогестерона в дегидроэпиандростерон
- 3) холестерина в прегненолон
- 4) прегненолона в 17-ОН-прегненолон

**У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФЕКТ STAR-ПРОТЕИНА) ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЕЙ**

- 1) вторичного гипогонадизма
- 2) первичного гипогонадизма
- 3) гиперандрогении
- 4) третичного гипогонадизма

**ПРИ КОРТИКОСТЕРОМЕ В ГОРМОНАЛЬНОМ ПРОФИЛЕ БУДЕТ ВЫЯВЛЕНО**

- 1) снижение уровня АКТГ, повышение уровня кортизола, нормальный суточный ритм секреции АКТГ и кортизола, повышение уровня кортизола в суточной моче
- 2) повышение уровня АКТГ и кортизола, нарушение суточного ритма секреции АКТГ и кортизола, повышение уровня кортизола в суточной моче
- 3) повышение уровня АКТГ и кортизола, нормальный суточный ритм секреции АКТГ и кортизола, нормальный уровень кортизола в суточной моче
- 4) снижение уровня АКТГ, повышение уровня кортизола, нарушение суточного ритма секреции АКТГ и кортизола, повышение уровня кортизола в суточной моче

**КТ-ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ АДЕНОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА, ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_ НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ, \_\_\_\_\_**

- 1) низкая; быстрое вымывание КП
- 2) низкая; отсутствие накопления КП
- 3) высокая; быстрое вымывание КП
- 4) высокая; медленное вымывание КП

**ДЛЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА**

- 1) гипонатриемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гипопротеинемия
- 4) гипокальциемия

**ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ \_\_\_\_\_ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- 1) первичной
- 2) вторичной
- 3) третичной
- 4) смешанной

**ИЗБЫТОЧНАЯ ДОЗА ГИДРОКОРТИЗОНА У ПАЦИЕНТА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ**

- 1) ускорением роста и костного возраста

- 2) снижением скорости роста и набором веса
- 3) ускорением роста и набором веса
- 4) снижением веса и скорости роста

### **КТ-ПРИЗНАКАМИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ**

- 1) размера опухоли и плотности только в нативной фазе
- 2) плотности в нативной фазе и на разных фазах выведения контраста
- 3) структуры опухоли и плотности в нативной фазе
- 4) размера опухоли, ее формы и структуры

### **ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) наследственная ферментопатия
- 2) родовая травма с поражением передней доли гипофиза
- 3) кровоизлияние в надпочечники во время родов
- 4) гипоплазия коры надпочечников

### **В ОСНОВЕ ВСЕХ ФОРМ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЛЕЖИТ ДЕФЕКТ ОДНОГО ИЗ ФЕРМЕНТОВ ИЛИ ТРАНСПОРТНЫХ БЕЛКОВ, ПРИНИМАЮЩИХ УЧАСТИЕ В БИОСИНТЕЗЕ**

- 1) кортизола
- 2) холестерина
- 3) дегидрохостерола
- 4) мевалоната

### **ДЕФЕКТ ФЕРМЕНТА \_\_\_\_\_ ПРИВЕДЕТ К НЕПРАВИЛЬНОМУ СТРОЕНИЮ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК И ГИПЕРТОНИИ**

- 1) 21-гидроксилазы
- 2) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 3) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 4) оксидоредуктазы

### **ОСНОВНЫМ ГОРМОНАЛЬНЫМ МАРКЕРОМ ДЕФИЦИТА АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) 17-гидроксипрогестерон
- 2) активность ренина плазмы
- 3) дезоксикортикостерон
- 4) дегидроэпиандростерон

### **ПРИ СБОРЕ СУТОЧНОГО АНАЛИЗА МОЧИ НА УРОВЕНЬ МЕТАНЕФРИНОВ/НОРМЕТАНЕФРИНОВ НЕОБХОДИМО**

- 1) добавить в контейнер щелочной раствор
- 2) использовать соляную кислоту

- 3) исключить из рациона молочные продукты
- 4) хранить мочу при комнатной температуре

**СУПРЕССИВНЫЙ ТЕСТ С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ ПРОВОДИТСЯ \_\_\_\_ МГ/СУТ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_**

- 1) 8; 2 дней
- 2) 8; 1-2 недель
- 3) 2; 2 дней
- 4) 2; 2-4 недель

**ДЕБЮТ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- 1) врожденной дисфункции коры надпочечников
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома
- 3) X-сцепленной адренолейкодистрофии
- 4) туберкулезного поражения надпочечников

**У МАЛЬЧИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФЕКТ STAR-ПРОТЕИНА) ПЕРИОД ПУБЕРТАТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЕЙ**

- 1) третичного гипогонадизма
- 2) гиперандрогении
- 3) вторичного гипогонадизма
- 4) первичного гипогонадизма

**ПРОЦЕДУРА НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ВКЛЮЧАЕТ ЗАБОР КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА \_\_\_\_ СУТКИ ЖИЗНИ**

- 1) 1-3
- 2) 7-10
- 3) 12-14
- 4) 4-5

**ПОКАЗАТЕЛЕМ КОМПЕНСАЦИИ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) ренин
- 2) кортизол
- 3) дегидроэпиандростерона сульфат
- 4) адренокортикотропный гормон

**САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 20,22-десмолазы (11 $\beta$ -гидроксилазы)
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) 11 $\beta$ -гидроксилазы

4) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

### **ФЕОХРОМОЦИТОМА ПРОДУЦИРУЕТ**

- 1) катехоламины
- 2) минералокортикоиды
- 3) глюкокортикоиды
- 4) половые стероиды

**КТ-ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ КИСТЫ НАДПОЧЕЧНИКА, ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_  
НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ, \_\_\_\_\_**

- 1) высокая; быстрое вымывание КП
- 2) высокая; медленное вымывание КП
- 3) низкая; быстрое вымывание КП
- 4) низкая; отсутствие накопления КП

### **ПРИЧИНОЙ СЕМЕЙНОГО ГЛЮКОКОРТИКОИД-ПОДАВЛЯЕМОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) наличие у матери первичной надпочечниковой недостаточности во время беременности
- 2) опухоль надпочечника
- 3) образование химерного гена CYP11B1/CYP11B2
- 4) прием матерью во время беременности глюкокортикоидов

**В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕФИЦИТА КОРТИЗОЛА У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ  
ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ПО КЛАССИЧЕСКОМУ МЕХАНИЗМУ  
ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРОИСХОДИТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ**

- 1) соматотропин-рилизинг-гормона
- 2) кортикотропин-рилизинг-гормона
- 3) гонадотропин-рилизинг-гормона
- 4) тиреотропин-рилизинг-гормона

**ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ПРЯМОГО РЕНИНА ИЛИ АКТИВНОСТИ РЕНИН ПЛАЗМЫ У  
ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-  
ГИДРОКСИЛАЗЫ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ**

- 1) недостаточности глюкокортикоидов
- 2) недостаточности минералокортикоидов
- 3) избытке минералокортикоидов
- 4) недостаточности половых гормонов

**ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ И  
ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ ПРИМЕНЯЮТ**

- 1) пробу с голоданием
- 2) инсулиновый тест
- 3) малую пробу с дексаметазоном
- 4) пробу с нагрузкой белком

**СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ МИНАРЛОКОРТИКОИДОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) МОЖНО ВЫЯВИТЬ, ОЦЕНИВ УРОВЕНЬ**

- 1) тестостерона
- 2) ренина
- 3) дегидроэпиандростендиона
- 4) АКТГ

**ПОВЫШЕНИЕ \_\_\_\_\_ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКО СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ ДЕВОЧЕК С НЕПРАВИЛЬНЫМ СТРОЕНИЕМ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ ДЕФЕКТЕ 11? - ГИДРОКСИЛАЗЫ**

- 1) 11-дезоксикортизола
- 2) 17-гидроксипрогестерона
- 3) тестостерона
- 4) альдостерона

**11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 17-ОН-прегненолона в 17-ОН-прогестерон
- 2) 17-ОН-прегненолона в прогестерон
- 3) дезоксикортикостерона в кортикостерон
- 4) 17-ОН-прогестерона в андростендион

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА КУШИНГА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) кортикотропинома
- 2) кортикостерома
- 3) нейробластома
- 4) АКТГ-продуцирующая тимома

**ЭФФЕКТИВНАЯ ДОЗА МИТОТАНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО**

- 1) отсутствию побочных эффектов
- 2) суточной дозе в пересчете на массу тела
- 3) суточной дозе в пересчете на ППТ
- 4) уровню концентрации препарата в крови

**STAR- ПРОТЕИН УЧАСТВУЕТ В ПЕРЕНОСЕ**

- 1) кортизола
- 2) холестерина
- 3) мевалоната
- 4) дегидрохолестерол

**ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ВИДЕ**

- 1) снижения адренотропного гормона

- 2) повышения кортизола
- 3) снижения кортизола
- 4) снижения половых гормонов

#### **В КОРЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЕТСЯ**

- 1) ренин
- 2) кортизол
- 3) мелатонин
- 4) пролактин

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОБУСЛОВЛЕНО**

- 1) максимальным подавлением секреции АКТГ
- 2) минимальным супрессивным воздействием на рост ребенка
- 3) минимальным подавлением секреции андрогенов надпочечниками
- 4) максимальным подавлением секреции андрогенов надпочечниками

#### **ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 20,22 ДЕСМОЛАЗЫ) ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СХОДНА С**

- 1) дефицитом 21-гидроксилазы
- 2) дефектом STAR-протеина
- 3) дефицитом 11-бета-гидроксилазы
- 4) дефицитом 3-бета-гидроксистероиддегидрогеназы

#### **ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XY НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 2) нормальное мужское строение
- 3) нормальное женское строение
- 4) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)

#### **ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕФИЦИТОМ 11В-ГИДРОКСИЛАЗЫ, ТАКЖЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) избытком надпочечниковых андрогенов
- 2) дефицитом надпочечниковых андрогенов
- 3) повышенной активностью ренина плазмы
- 4) дефицитом минералокортикоидов

#### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) доксазозин
- 2) эналаприл
- 3) спиронолактон
- 4) верапамил

**НЕДОСТАТОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ КОРТИЗОЛА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ СТЕРОИДОГЕНЕЗА АКТИВИРУЕТ СИНТЕЗ \_\_\_\_\_ ГОРМОНА**

- 1) адренокортикотропного
- 2) лютеинизирующего
- 3) фолликулостимулирующего
- 4) соматотропного

**ДЛЯ ДЕВОЧЕК С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ВИРИЛИЗАЦИИ (3 И БОЛЕЕ СТЕПЕНЬЮ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПРАДЕР), СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ), РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ**

- 1) одноэтапной феминизирующей пластики
- 2) многоэтапной феминизирующей пластики
- 3) двухэтапной феминизирующей пластики
- 4) только клиторэктомии

**ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ 1 ТИПА АССОЦИИРОВАННЫ С НАЛИЧИЕМ**

- 1) мышечной гипотонии
- 2) кожной лихенификации
- 3) множественных пятен кофейного цвета
- 4) гемангиом сетчатки

**САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- 1) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 2) 20,22-десмолазы (11 $\alpha$ -гидроксилазы)
- 3) 21-гидроксилазы
- 4) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

**ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ГРУППЕ РИСКА ПРОВОДИТСЯ ПРОБА С**

- 1) синактеном (аналогом АКТГ)
- 2) дексаметазоном
- 3) глюконатом кальция
- 4) физической нагрузкой

**ОСНОВНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЕТСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИЛИ ПАРААНГЛИОМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) метанефрины плазмы или фракционированные метанефрины мочи
- 2) катехоламины и ванилилминдалевая кислота мочи
- 3) хромогранин А и уксусная кислота мочи
- 4) серотонин и ванилилминдалевая кислота мочи

**У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРАВИЛЬНОЕ ЖЕНСКОЕ СТРОЕНИЕ**

**НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ, НИЗКИЙ УРОВЕНЬ НАТРИЯ, ГЛЮКОЗЫ, ПО ДАННЫМ УЗИ В ОБЛАСТИ ПОЛОВЫХ ГУБ ОБНАРУЖЕНЫ ТЕСТИКУЛЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) врожденная гипоплазия коры надпочечников
- 2) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 11-бета-гидроксилазы
- 3) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы
- 4) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 20,22-десмолазы

**НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ И ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- 1) аутоиммунном полиэндокринном синдроме 1 типа
- 2) врожденном адреногенитальном синдроме
- 3) X-сцепленной адренолейкодистрофии
- 4) X-сцепленной гипоплазии надпочечников

**ДЕФИЦИТ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ В ОТСУТСТВИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ДЕФИЦИТЕ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- 1) гиперволемии
- 2) эксикоза
- 3) гипокальциемии
- 4) гипергликемии

**НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ В РФ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- 1) дефицит 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 2) дефицит 20,22-десмолазы (11 $\beta$ -гидроксилазы)
- 3) дефицит 21-гидроксилазы
- 4) дефицит 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ В СУТОЧНОМ РИТМЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ ДИАГНОСТИКИ**

- 1) гипокортицизма после удаления краниофарингиомы
- 2) конституциональной задержки роста
- 3) синдрома Иценко-Кушинга
- 4) гипокортицизма в исходе краниальной лучевой терапии

**КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) задержка роста
- 2) судорожный синдром
- 3) появление полового оволосения
- 4) гипотония

**КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) метеоризм
- 2) запор
- 3) жидкий стул
- 4) нарушения глотания

**ПРИ СЕМЕЙНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ 1 ТИПА НА ФОНЕ СУПРЕССИВНОГО ТЕСТА С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ НАБЛЮДАЮТ**

- 1) неизменный уровень альдостерона
- 2) снижение уровня активности ренина плазмы
- 3) повышение уровня альдостерона
- 4) повышение уровня активности ренина плазмы

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XY НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 2) нормальное мужское строение
- 3) нормальное женское строение
- 4) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) У ПЛОДА 46XX В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гиперплазией яичников
- 2) нарушением строения матки
- 3) нарушением строения наружных гениталий
- 4) гипоплазией яичников

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 3-БЕТА-ГИДРОКСИСТЕРОИДДЕГИДРОГЕНАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XX НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) нормальное мужское строение
- 2) нормальное женское или промежуточное строение (Прадер 0-5)
- 3) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 4) нормальное женское строение

**НЕДОСТАТОК АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипохлоремией
- 2) гипокальциемией
- 3) гипокалиемией
- 4) гипонатриемией

### **ДЕФИЦИТ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ПОДТВЕРЖДАЕТ**

- 1) низкий уровень кортизола
- 2) высокий уровень 17-гидроксипрогестерона
- 3) высокий уровень альдостерона
- 4) высокий уровень ренина

### **ГИПОГЛИКЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) острой надпочечниковой недостаточности
- 2) гипертонического криза при феохромоцитоме
- 3) тиреотоксического криза при диффузном токсическом зобе
- 4) синдрома «утренней зари» при сахарном диабете

### **УРОВЕНЬ ФЕРМЕНТАТИВНОГО БЛОКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ БИОСИНТЕЗА СТЕРОИДОГЕНЕЗА В НАДПОЧЕЧНИКАХ ОПРЕДЕЛЯЕТ**

- 1) клиническую картину заболевания
- 2) выбор терапии между преднизолоном и кортефом
- 3) показатели конечного роста
- 4) репродуктивный потенциал

### **ХАРАКТЕРНЫМ КТ-ФЕНОТИПОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗМЕР ДО \_\_\_\_ СМ, НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ \_\_\_\_\_ НУ**

- 1) 2; 15-30
- 2) 4; 15-30
- 3) 4; менее 10
- 4) 1; менее 15

### **ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННУЮ ДИСФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ПРОВОДЯТ**

- 1) определение уровня тестостерона
- 2) определение уровня андростендиона
- 3) определение уровня АКТГ
- 4) повторное определение уровня 17-гидроксипрогестерона

### **АНТИТЕЛАМИ, СПЕЦИФИЧНЫМИ ДЛЯ АУТОИММУННОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ АУТОАНТИТЕЛА К**

- 1) инсулину
- 2) глиадину
- 3) 21-гидроксилазе
- 4) тиреопероксидазе

### **ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ**

- 1) ДГЭА-С

- 2) ренина
- 3) альдостерона
- 4) кортизола

**НЕДОСТАТОЧНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ДЕФИЦИТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ У ДЕВОЧЕК ПРИВОДИТ К**

- 1) преждевременному менархе
- 2) преждевременному телархе
- 3) задержке адренархе
- 4) задержке менархе

**ПОВЫШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ \_\_\_\_\_ В КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДЕФИЦИТЕ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ**

- 1) альдостерона
- 2) ренина
- 3) кортизола
- 4) АКТГ

**НЕДОСТАТОЧНАЯ ДОЗА ФЛУДРОКОРТИЗОНА У ПАЦИЕНТА С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ**

- 1) повышением АД
- 2) снижением АД
- 3) гипергликемией
- 4) гипогликемией

**ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ОЧЕНЬ ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) врожденной гипоплазии надпочечников
- 2) адреногенитального синдрома
- 3) X-сцепленной адренолейкодистрофии
- 4) аутоиммунного полиэндокринного синдрома

**У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТМЕЧАЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНОЕ СТРОЕНИЕ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ (ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ КЛИТЕРОМЕГАЛИЯ С ЕДИНЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНУСОМ И ПРАКТИЧЕСКИ ПОЛНЫМ СРАЩЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ГУБ), НИЗКИЙ УРОВЕНЬ НАТРИЯ, ГЛЮКОЗЫ, ПО ДАННЫМ УЗИ В ОБЛАСТИ МОШОНКИ ОБНАРУЖЕНЫ ТЕСТИКУЛЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 11-бета-гидроксилазы
- 2) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы
- 3) врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 17-альфа-гидроксилазы
- 4) врожденная гипоплазия коры надпочечников

**ИЗБЫТОК ПОБОЧНЫХ ПРОДУКТОВ СТЕРОИДОГЕНЕЗА, ОБЛАДАЮЩИХ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТЬЮ, ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- 1) дефиците 11-бета-гидроксилазы
- 2) дефекте STAR-протеина
- 3) дефиците 21-гидроксилазы
- 4) дефиците 20,22- десмолазы

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) У ПЛОДА 46XY В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КЛИНИЧЕСКИ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ**

- 1) уменьшение размеров полового члена
- 2) увеличением размеров полового члена
- 3) уменьшением размеров тестикул
- 4) увеличение размеров тестикул

**КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) запор
- 2) неукротимая рвота
- 3) метеоризм
- 4) нарушения глотания

**ПОВЫШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ \_\_\_\_\_ В КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДЕФИЦИТЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ**

- 1) кортизола
- 2) АКТГ
- 3) альдостерона
- 4) ренина

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДЕФИЦИТ 21- ГИДРОКСИЛАЗЫ И 11?-ГИДРОКСИЛАЗЫ У РЕБЕНКА С ВИРИЛИЗАЦИЙ, НО БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВОЗМОЖНО ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ**

- 1) 17-гидроксипрегненолона
- 2) альдостерона
- 3) кортикостерона
- 4) 11-дезоксикортизола

**К ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСЯТ**

- 1) дефект STAR-протеина
- 2) дефицит 17-альфа-гидроксилазы
- 3) дефицит 3-бета-гидроксистероиддегидрогеназы
- 4) дефицит 21-гидроксилазы

**ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПОПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С**

- 1) нарушением формирования пола при кариотипе XY

- 2) гипогонадотропным гипогонадизмом
- 3) гипопаратиреозом
- 4) нарушением формирования пола при кариотипе XX

### **ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ**

- 1) альдостерона
- 2) ангиотензина
- 3) кортикостероидов
- 4) катехоламинов

### **ТРЕТЬЯ СТАДИЯ ВИРИЛИЗАЦИИ ПО ШКАЛЕ ПРАДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) увеличением размеров клитора, незначительным уменьшением наружного отверстия влагалища
- 2) значительной клитеромегалией с единым уrogenитальным синусом и практически полным сращением половых губ
- 3) наличием фаллоса с пустой мошонкой, единым небольшим выходным отверстием уретры/влагалища у основания или на теле фаллоса
- 4) наличием клитора промежуточного размера, небольшим наружным отверстием влагалища с отдельным наружным отверстием уретры

### **К ИЗОЛИРОВАННОМУ ДЕФИЦИТУ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ПРИВОДИТ ДЕФИЦИТ**

- 1) альдостеронсинтазы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) ароматазы
- 4) 20, 22-десмолазы

### **ПЕРВИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) сниженной продукцией АКТГ
- 2) гиперпродукцией АКТГ
- 3) сниженной продукцией ренина
- 4) гиперпродукцией катехоламинов

### **ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипонатриемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гипертриглицеридемия
- 4) гиперкалиемия

### **ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРИ СИНДРОМЕ МЭН2 АССОЦИИРОВАНЫ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

- 1) нейроэндокринных опухолей
- 2) пигментных пятен цвета «кофе с молоком»
- 3) глиомы
- 4) медуллярного рака щитовидной железы

**ДЕФЕКТ ФЕРМЕНТА \_\_\_\_\_ ПРИВЕДЕТ К НЕПРАВИЛЬНОМУ СТРОЕНИЮ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК И ГИПЕРТОНИИ**

- 1) 21-гидроксилазы
- 2) 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 3) 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназы
- 4) оксидоредуктазы

**ХАРАКТЕРНЫМ КТ-ФЕНОТИПОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗМЕР \_\_\_\_\_ СМ, \_\_\_\_\_ НАТИВНАЯ ПЛОТНОСТЬ**

- 1) до 1; высокая
- 2) до 10; низкая
- 3) более 4; высокая
- 4) более 6; низкая

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ АЛЬДОСТЕРОНИЗМ» СЛУЖАТ \_\_\_\_\_ УРОВЕНЬ РЕНИНА КРОВИ, \_\_\_\_\_**

- 1) высокий; гипокалиемия
- 2) низкий; гипокалиемия
- 3) высокий; гиперкалиемия
- 4) низкий; гиперкалиемия

**ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 17-АЛЬФА-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гипернатриемия
- 2) гипонатриемия
- 3) гиперкалиемия
- 4) гипертриглицеридемия

**У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- 1) отставание костного возраста по отношению к паспортному
- 2) ускорение костного возраста по отношению к паспортному
- 3) наличие гиперплазии одного или двух надпочечников
- 4) эпифизарный диагенез

**ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕМ СИНДРОМЕ ИМЕЮТСЯ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

- 1) гиперкалиемия и гипонатриемия
- 2) гипокалиемия и гипернатриемия
- 3) гиперкальциемия и гипофосфатемия
- 4) гипокальциемия и гиперфосфатемия

**НА ОСНОВАНИИ СОЧЕТАНИЯ НЕПРАВИЛЬНОГО СТРОЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У РЕБЕНКА С КАРИОТИПОМ 46XX И ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ**

- 1) дефицит 5-альфаредуктазы

- 2) врожденная дисфункция коры надпочечников
- 3) дефицит 17-бета-гидроксистероиддегидрогеназы
- 4) дефицит ароматазы

**ПОВЫШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕНИНА НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) андростендиона
- 2) кортизола
- 3) тестостерона
- 4) альдостерона

**СОЧЕТАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) дефекта STAR-протеина
- 2) дефицита 21-гидроксилазы
- 3) дефицита 11 $\beta$ -гидроксилазы
- 4) дефицита ароматазы

**СЛЕДСТВИЕМ ИЗБЫТКА АКТГ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) артериальная гипертензия
- 2) гиперпигментация кожных покровов
- 3) эксикоз
- 4) повышенная потребность в поваренной соли

**СИНДРОМОМ, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ МНОГУЗЛОВОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) Конна
- 2) МЭН 1
- 3) Карни комплекс
- 4) Беквита-Видемана

**ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРОИСХОДИТ**

- 1) гипоплазия коры надпочечников
- 2) гиперплазия коры надпочечников
- 3) гипоплазия медуллярной части надпочечников
- 4) гиперплазия медуллярной части надпочечников

**ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ РЕНИНА ПЛАЗМЫ ИЛИ ПРЯМОГО РЕНИНА 1 РАЗ В (В МЕСЯЦАХ)**

- 1) 3-6

- 2) 1-3
- 3) 6-9
- 4) 12

**НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ С ДВУСТОРОННИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В НАДПОЧЕЧНИКИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ НА**

- 1) адреналин и норадреналин
- 2) ДГЭА-С и 17-гидроксипрогестрон
- 3) АКТГ и кортизол
- 4) метанефрины и норметанефрины

**ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕМ КРИЗЕ НА ЭКГ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ**

- 1) депрессия сегмента ST
- 2) депрессия зубцов T
- 3) высокие зубцы T
- 4) появление зубца U

**К ФЕРМЕНТНЫМ СИСТЕМАМ, ЭКСПРЕССИРУЮЩИМСЯ В НАДПОЧЕЧНИКАХ И ГОНАДАХ, ОТНОСЯТСЯ**

- 1) 17 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа, ароматаза
- 2) 20, 22-десмолазы, альдостеронсинтаза
- 3) 11 $\beta$ -гидроксилаза, 21-гидроксилаза
- 4) 17 $\alpha$ -гидроксилаза, 3 $\beta$ -гидроксистероиддегидрогеназа

**20,22 ДЕСМОЛАЗА УЧАСТВУЕТ В ПРЕВРАЩЕНИИ**

- 1) 17-ОН-прегненолона в прогестерон
- 2) 17-ОН-прогестерона в андростендион
- 3) прегненолона в прогестерон
- 4) холестерина в прегненолон

**ПРИ СЕМЕЙНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ 1 ТИПА НА ФОНЕ СУПРЕССИВНОГО ТЕСТА С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ НАБЛЮДАЮТ**

- 1) повышение уровня альдостерона
- 2) снижение уровня альдостерона
- 3) снижение уровня активности ренина плазмы
- 4) неизменный уровень альдостерона

**ПРИ РОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 20,22 ДЕСМОЛАЗЫ), С КАРИОТИПОМ 46XX НАРУЖНЫЕ ГЕНИТАЛИИ ИМЕЮТ**

- 1) нормальное женское строение
- 2) промежуточное или нормальное мужское строение (Прадер 1-6)
- 3) нормальное мужское строение
- 4) промежуточное или нормальное женское строение (Прадер 0-5)

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- 1) 17-ОН-прогестерона в крови и 17-кетостероидов в моче
- 2) инсулина и С-пептида
- 3) лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона
- 4) тиреотропного гормона и тироксина

**ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- 1) тестостерона
- 2) кортизола
- 3) альдостерона
- 4) андростендиона

**ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ НАБЛЮДАЮТ**

- 1) повышенный аппетит
- 2) судорожный синдром
- 3) гиперпигментацию
- 4) боли в животе

**ОДНИМ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕКВАТНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) степень эмоциональной зрелости
- 2) степень выраженности гирсутизма
- 3) динамика размеров полового члена
- 4) скорость роста

**МАЛЬЧИКУ 10 ЛЕТ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ 1 ТИПА НАЗНАЧАЕТСЯ ГИДРОКОРТИЗОН С ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ**

- 1) надпочечниковой недостаточности
- 2) первичного гипотиреоза
- 3) первичного гипогонадизма
- 4) хронического кандидоза

**ТЕСТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ», ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА**

- 1) малая дексаметазоновая
- 2) с синактеном
- 3) большая дексаметазоновая
- 4) с каптоприлом

**ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ МИНЕРАЛОКОРТИКОИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- 1) альдостерон

- 2) дексаметазон
- 3) гидрокортизон
- 4) флудрокортизон

**СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА ПРИ КАРИОТИПЕ 46XY ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА**

- 1) 3?-гидроксистероиддегидрогеназы
- 2) 21-гидроксилазы
- 3) 17?-гидроксилазы
- 4) 11?-гидроксилазы

**ПЕРВЫМ МАНИФЕСТНЫМ СИМПТОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) изолированное пубархе
- 2) жирная себорея волос
- 3) угревая болезнь
- 4) гирсутизм

**ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ДЕФИЦИТ 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ) НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО ВОЗРАСТА 1 РАЗ В**

- 1) год
- 2) 6 месяцев
- 3) 2 года
- 4) 9 месяцев

**Мультисистемные заболевания**

[Вернуться в начало](#)

**ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА НАЗНАЧАЕТСЯ**

- 1) преднизолон
- 2) флудрокортизон
- 3) дексаметазон
- 4) метилпреднизолон

**ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ПРИ МЭН 1 ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) судороги, потеря сознания, жидкий стул, тахикардия, постоянное чувство голода, прогрессирующее снижение веса, ощущение страха, гипервозбудимость, тремор, гипотензия
- 2) прогрессирующая прибавка в весе, гипертермия, гиперпигментация кожи шеи и подмышечных впадин, ярко-розовые стрии, артериальная гипертензия, избыточное развитие жировой клетчатки в верхней части туловища, адинамия, апатия,

переломы позвоночника, наличие в семье родственника 1 линии родства с первичным гиперпаратиреозом

3) полиурия, полидипсия, запах ацетона изо рта, «липкая» моча, постоянное чувство голода, резкое снижение веса, мышечная слабость, фолликулит

4) боль в костях, переломы, нарушение походки, мышечная слабость, появление крови в моче, запоры, тошнота, депрессия, анорексия, снижение веса, артериальная гипертензия, аритмии

### **КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МАККЬЮНА – ОЛБРАЙТА – БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЕТСЯ**

1) вторичный гипотиреоз

2) медуллярный рак

3) тиреотоксикоз неаутоиммунного генеза

4) первичный гипотиреоз

### **НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ДИЕТЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЛИПОДИСТРОФИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

1) бессолевая

2) кетогенная

3) антиатерогенная

4) безлактозная

### **ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ЯВЛЯЕТСЯ**

1) синдактилия

2) высокорослость

3) неонатальная мышечная гипотония с вялостью сосания

4) нарушение иммунной системы

### **ПАЦИЕНТУ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНА**

1) AIRE

2) MEN1

3) ABCD1

4) DAX1

### **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАБДОМИОЛИЗА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ \_\_\_\_\_ В КРОВИ**

1) аспартатаминотрансферазы

2) малатдегидрогеназы

3) креатининфосфокиназы

4) аланинаминотрансферазы

**У МАЛЬЧИКА 8 ЛЕТ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ КАНДИДОЗОМ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ, ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЕ НАЛИЧИЕ**

- 1) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 2) синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 3) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 4) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа

**ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ УДАЛЕНИЯ ВСЕХ ГИПЕРПЛАЗИРОВАННЫХ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ИЛИ ПРИ РЕЦИДИВЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С МЭН 1 МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ**

- 1) глюкокортикоиды
- 2) кальцимитетики
- 3) активные формы витамина Д
- 4) диуретики

**СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ У ПАЦИЕНТА АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ \_\_\_\_\_ ТИПА**

- 1) 3
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 1

**У ДЕТЕЙ ПРОЛАКТИН-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА МОЖЕТ ВХОДИТЬ В СОСТАВ СИНДРОМА**

- 1) множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 2) Шерешевского-Тернера
- 3) поликистозных яичников
- 4) МакКьюна-Олбрайта-Брайцева

**ХРОНИЧЕСКАЯ ПЕРВИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ КОМПОНЕНТОМ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 2) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 3) синдрома множественных эндокринных неоплазий 2 типа
- 4) аутоиммунного полигландулярного синдрома 3 типа

**У ПАЦИЕНТОВ С МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ СИНДРОМОМ МЭН2 ЕЖЕГОДНЫЙ СКРИНИНГ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ В СЕБЯ ОЦЕНКУ СОДЕРЖАНИЯ**

- 1) альдостерона в моче
- 2) альфа-фетопротейна в крови
- 3) кальцитонина в крови
- 4) бета-ХГЧ в ликворе

**ВЫЯВЛЕНИЕ ГОМОЗИГОТНОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ AIRE У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ХРОНИЧЕСКИМ КОЖНО-СЛИЗИСТЫМ КАНИДОДОЗОМ**

## **ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ**

- 1) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа
- 3) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 4) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа

## **КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МАККЬЮНА ? ОЛБРАЙТА ? БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) первичный гипотиреоз
- 2) вторичный гипотиреоз
- 3) медуллярный рак
- 4) тиреотоксикоз неаутоиммунного генеза

## **ПРИЧИНОЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) MEN1
- 2) AIRE
- 3) GNAS
- 4) CASR

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА: ПАРЦИАЛЬНАЯ ПОТЕРЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ, ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ, ГИПЕРГЛИКЕМИЯ, ACANTOSIS NIGRICANS СООТВЕТСТВУЕТ**

- 1) сахарному диабету 2 типа
- 2) синдрому Вольфрама
- 3) синдрому Альстрема
- 4) семейной парциальной липодистрофии

## **ФЛУДРОКОРТИЗОН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ДЛЯ ТЕРАПИИ**

- 1) дефицита глюкокортикоидов
- 2) дефицита минералокортикоидов
- 3) первичного гипотиреоза
- 4) гипокальциемического синдрома

## **АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 1 ТИПА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СОЧЕТАНИЯ**

- 1) первичной надпочечниковой недостаточности и сахарного диабета 1 типа
- 2) аутоиммунного тиреоидита и аутоиммунного первичного гипогонадизма
- 3) гипопаратиреоза и хронического кожно-слизистого кандидоза
- 4) первичной надпочечниковой недостаточности и аутоиммунного тиреоидита

## **ПАТОГЕНЕЗ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЛИПОДИСТРОФИЙ СВЯЗАН С**

- 1) применением антиретровирусной терапии
- 2) нарушением адипогенеза
- 3) множественными инъекциями лекарственных препаратов

4) аутоиммунным повреждением жировой ткани

### **У ДЕВОЧЕК С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА ПУБЕРТАТНЫЙ СКАЧОК РОСТА**

- 1) менее выражен, чем в популяции
- 2) более выражен, чем в популяции
- 3) соответствует популяционным нормам
- 4) отсутствует

### **АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ МОЖЕТ БЫТЬ ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 2) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 3) синдрома Беквита-Видемана
- 4) синдрома МакКьюн-Олбрайта-Брайцева

### **ВИТИЛИГО ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ**

- 1) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 3) синдрома МакКьюн-Олбрайта-Брайцева
- 4) синдрома Беквита-Видемана

### **ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В СОСТАВЕ СИНДРОМА ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) протонотерапия
- 2) удаление одного надпочечника, содержащего образование наибольшего размера
- 3) химиолучевая терапия
- 4) двусторонняя адреналэктомия

### **ВРОЖДЕННУЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННУЮ ЛИПОДИСТРОФИЮ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА С**

- 1) потерей подкожной жировой клетчатки на фоне противовирусной терапии
- 2) перераспределением подкожной жировой клетчатки в цефалокаудальном направлении
- 3) перераспределением подкожной жировой клетчатки по кушингоидному типу
- 4) тотальной потерей подкожной жировой клетчатки сразу после рождения или в первые месяцы жизни

### **НАЛИЧИЕ ДВУХ ПАТОГЕННЫХ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ AIRE У МАЛЬЧИКА 5 ЛЕТ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ У НЕГО**

- 1) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа
- 3) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 4) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа

## **КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) подкожные кальцинаты
- 2) гиперпаратиреоидная остеодистрофия
- 3) прогрессирующая остеонная гетероплазия
- 4) фиброзная дисплазия

## **ПАЦИЕНТУ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ, СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ И ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ ПОКАЗАНО ДООБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ**

- 1) синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 3) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 4) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа

## **ПАЦИЕНТУ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ, ХРОНИЧЕСКИМ КОЖНО-СЛИЗИСТЫМ КАНДИДОЗОМ, ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ ПОКАЗАНО ДООБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 3) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 4) синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А типа

## **У ДЕТЕЙ АКТГ-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА МОЖЕТ ВХОДИТЬ В СОСТАВ СИНДРОМА**

- 1) Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева
- 2) Прадера-Вилли
- 3) Шерешевского-Тернера
- 4) множественных эндокринных неоплазий 1 типа

## **У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ, ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ И ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЙ НАЛИЧИЕ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 3) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 4) синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А типа

## **ВЫРАЖЕННЫЙ ДЕФИЦИТ ЖИРОВОЙ ТКАНИ, ПОСТНАТАЛЬНАЯ ЗАДЕРЖКА РОСТА И ПРОГЕРОИДНЫЕ ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С**

- 1) семейной парциальной липодистрофией
- 2) синдромом Хатчинсона-Гилфорда (детская прогерия)
- 3) неонатальным сахарным диабетом
- 4) приобретенной парциальной липодистрофией

## **КАЛЬЦИТРИОЛ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА**

## **ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- 1) гипопаратиреоза
- 2) гипотиреоза
- 3) надпочечниковой недостаточности
- 4) хронического кандидоза слизистых

## **ФЕОХРОМОЦИТОМА У РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) синдрома Сотоса
- 2) нейрофиброматоза 1 типа
- 3) болезни Гоше
- 4) синдрома Пейтца-Егерса

## **В СТРУКТУРУ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ 2 ТИПА МОЖЕТ ВХОДИТЬ**

- 1) карцинома поджелудочной железы
- 2) кортикотропинома
- 3) медуллярная карцинома щитовидной железы
- 4) пролактинома

## **СОЧЕТАНИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ И МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Бэквита-Видемана
- 2) МЭН1
- 3) МЭН2
- 4) Хиппеля-Линдау

## **ПОД ОПРЕДЕЛЕНИЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 3 ТИПА ПОДХОДИТ СОЧЕТАНИЕ**

- 1) первичной надпочечниковой недостаточности и сахарного диабета 1 типа
- 2) первичной надпочечниковой недостаточности и аутоиммунного тиреоидита
- 3) аутоиммунного тиреоидита и сахарного диабета 1 типа
- 4) гипопаратиреоза и хронического кожно-слизистого кандидоза

## **ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ 1 ТИПА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ**

- 1) краниофарингиома
- 2) диффузный токсический зоб
- 3) феохромоцитома
- 4) АКТГ-зависимый гиперкортицизм

## **В ПАТОГЕНЕЗЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ИГРАЕТ РОЛЬ**

- 1) перенесенная стрептококковая инфекция
- 2) нарушение центральной иммунологической толерантности
- 3) нарушение пострецепторного гормонального сигналинга
- 4) перенесенная аденовирусная инфекция

**У ДЕВОЧКИ 10 ЛЕТ С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ХРОНИЧЕСКИЙ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ, ВИТИЛИГО И АЛОПЕЦИЕЙ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНА**

- 1) AIRE
- 2) MEN1
- 3) CASR
- 4) GNAS

**ЗАПОДОЗРИТЬ СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА У ДЕВОЧКИ ВОЗМОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ**

- 1) задержки роста и низкого уровня ИФР-1
- 2) опережения костного возраста
- 3) задержки роста и раннего пубертата
- 4) задержки роста и высоких показателей ЛГ и ФСГ

**ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ТРЕБУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ**

- 1) препаратов глюкокортикоидов
- 2) нативных форм витамина Д
- 3) гидроксированных форм витамина Д
- 4) препаратов карбоната кальция

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ МЭН 1 РАЗВИВАЮТСЯ**

- 1) феохромоцитомы, карциноидные опухоли
- 2) инсулинома, глюкагонома, гастринома
- 3) тиротропинома, краниофарингиома
- 4) опухоли с гиперсекрецией холецистокина

**ПРИСТУПЫ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ, ОЩУЩЕНИЕ СИЛЬНОГО ЧУВСТВА ГОЛОДА МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАКАМИ ПРОЯВЛЕНИЯ**

- 1) кортикотропиномы
- 2) инсулиномы
- 3) пролактиномы
- 4) гиперпаратиреоза

**РЕБЕНОК 10 ЛЕТ ОБСЛЕДОВАН В СВЯЗИ С ВЫЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ФОН ХИППЕЛЯ ЛИНДАУ У ОТЦА. ВЫЯВЛЕНА ИДЕНТИЧНАЯ МУТАЦИЯ, ПОКАЗАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ**

- 1) рентген кистей рук
- 2) ЭЭГ
- 3) аудиографию
- 4) осмотр глазного дна

**СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТА ИЗНУРЯЮЩИХ ПОНОСОВ (ПО ТИПУ ХОЛЕРНЫХ), ПОТЕРИ ВЕСА, СУДОРОГ, ЭРИТЕМЫ КОЖИ ГОЛОВЫ, НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКАЛИЕМИИ, ГИПЕРГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) гастриномы
- 2) болезни Конна
- 3) инсулиномы
- 4) випомы

**КОМПОНЕНТОМ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) первичный гиперпаратиреоз
- 2) сахарный диабет 1 типа
- 3) сахарный диабет 2 типа
- 4) эндогенный гиперкортицизм

**ВРОЖДЕННУЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННУЮ ЛИПОДИСТРОФИЮ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА С**

- 1) тотальной потерей подкожной жировой клетчатки сразу после рождения или в первые месяцы жизни
- 2) перераспределением подкожной жировой клетчатки по кушингоидному типу
- 3) потерей подкожной жировой клетчатки на фоне антиретровирусной терапии
- 4) перераспределением подкожной жировой клетчатки в цефалокаудальном направлении

**КОМПОНЕНТОМ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) инфекционный эндокардит
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) первичный гиперпаратиреоз
- 4) аутоиммунный гепатит

**НЕВРИНОМЫ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) МЭН1
- 2) МЭН2Б
- 3) Беквита — Видемана
- 4) Пейтца — Егерса

**К РАЗВИТИЮ ГИПОПАРАТИРЕОЗА В СОЧЕТАНИИ С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОГУТ ПРИВОДИТЬ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) CASR
- 2) GNAS
- 3) MEN1
- 4) AIRE

**ДИАГНОЗ «СИНДРОМ МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ**

## **НАЛИЧИИ**

- 1) триады признаков - пятен цвет кофе-с-молоком, фиброзной дисплазии и эндокринной гиперфункции
- 2) двух критериев из трех - пятен цвет кофе-с-молоком, фиброзной дисплазии и эндокринной гиперфункции
- 3) триады признаков - пятен цвет кофе-с-молоком, фиброзной дисплазии и аутоиммунного поражения эндокринных желез
- 4) двух критериев из трех - пятен цвет кофе-с-молоком, фиброзной дисплазии и аутоиммунного поражения эндокринных желез

## **ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) эргокальциферол
- 2) колекальциферол
- 3) кальцитриол
- 4) дигидротахистерол

## **ПЕРВИЧНАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 3 типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 3) синдрома множественный эндокринных неоплазий 2А типа
- 4) синдрома множественный эндокринных неоплазий 1 типа

## **ФЕОХРОМОЦИТОМА У РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) болезни фон Гиппеля Линдау
- 2) синдрома Беквита Видемана
- 3) гликогеноза 1 типа
- 4) синдрома МакКьюна Олбрайта Брайтцева

## **ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нарушение иммунной системы
- 2) синдактилия
- 3) высокорослость
- 4) акромикрия

## **ДЛЯ СИНДРОМА ФОН ГИППЕЛЯ ЛИНДАУ ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ**

- 1) Х-сцепленный
- 2) голандрический
- 3) аутосомно-рецессивный
- 4) аутосомно-доминантный

## **ГИДРОКОРТИЗОН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ДЛЯ ТЕРАПИИ**

- 1) хронического кандидоза
- 2) первичного гипотиреоза
- 3) надпочечниковой недостаточности
- 4) первичного гипогонадизма

### **ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ХИППЕЛЯ ? ЛИНДАУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) химиолучевая терапия
- 2) хирургическое лечение
- 3) динамическое наблюдение
- 4) медикаментозное лечение

### **У ДЕТЕЙ СТГ-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 2) болезни Иценко-Кушинга
- 3) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 4) синдрома Шерешевского-Тернера

### **СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 2 ТИПА (МЭН-2) ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) фолликулярную аденокарциному
- 2) низкодифференцированный рак щитовидной железы
- 3) папиллярную карциному
- 4) медуллярную карциному

### **К РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИХ КОЖНО-СЛИЗИСТЫМ КАНИДОЗОМ МОГУТ ПРИВОДИТЬ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) DAX1
- 2) ABCD1
- 3) MEN1
- 4) AIRE

### **ФЕОХРОМОЦИТОМА У РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА**

- 1) Сотоса
- 2) МЭН2
- 3) Беквита Видемана
- 4) Пейтца-Егерса

### **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ VHL-СИНДРОМА ВЫДЕЛЯЮТСЯ ДВА ФЕНОТИПА**

- 1) с ангиомами и без ангиом сетчатки
- 2) с и без феохромоцитомы
- 3) с и без солидными опухолями поджелудочной железы
- 4) с и без почечно-клеточным раком почки

## **АУТОИММУННЫЕ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЕ СИНДРОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- 1) гиперфункцией эндокринных желез
- 2) гипофункцией эндокринных желез
- 3) нарушением пострецепторного сигналинга
- 4) нарушением структуры гормональных рецепторов

## **ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ В СОСТАВЕ МЭН 1 ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) химиолучевая терапия
- 2) хирургическое лечение
- 3) динамическое наблюдение
- 4) медикаментозное лечение

## **ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МАЛЬЧИКОВ С СИНДРОМОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) нарушение иммунной системы
- 2) синдактилия
- 3) крипторхизм
- 4) высокорослость

## **ОЧАГИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ СИНДРОМЕ МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ**

- 1) в любой кости или костях скелета
- 2) только в нижних конечностях
- 3) только в костях черепа
- 4) в одной любой кости скелета

## **СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИПОДИСТРОФИЯМИ ВКЛЮЧАЮТ**

- 1) соблюдение высококалорийной диеты с повышенным содержанием растительных жиров
- 2) исключение из питания продуктов с высоким содержанием пуринов
- 3) ограничение потребления белка до 15% в сутки
- 4) ограничение потребления жиров до 30% в сутки

## **К РАЗВИТИЮ ГИПОПАРАТИРЕОЗА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЖНО-СЛИЗИСТЫМ КАНДИДОЗОМ МОГУТ ПРИВОДИТЬ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) CASR
- 2) GNAS
- 3) MEN1
- 4) AIRE

## **ТИПИЧНЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) гидронефроз
- 2) мегауретер
- 3) подковообразная почка
- 4) удвоение мочеточников

### **ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ДИЕТЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЛИПОДИСТРОФИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) безлактозная
- 2) бессолевая
- 3) кетогенная
- 4) антиатерогенная

### **ХАРАКТЕРНАЯ ТРИАДА КОМПОНЕНТОВ СИНДРОМА МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

- 1) пятна цвет кофе-с-молоком, фиброзную дисплазию и аутоиммунное поражение эндокринных желез
- 2) пятна цвет кофе-с-молоком, прогрессирующую остеидную гетероплазию и эндокринную гиперфункцию
- 3) пятна цвет кофе-с-молоком, фиброзную дисплазию и эндокринную гиперфункцию
- 4) пятна цвет кофе-с-молоком, фиброзную дисплазию и эндокринную гипофункцию

### **ПОЯВЛЕНИЕ МИАЛГИИ, ВЫРАЖЕННОЙ СЛАБОСТИ И ТЕМНОЙ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКИМ ГИПЕРОСМОЛЯРНЫМ СТАТУСОМ УКАЗЫВАЮТ НА РАЗВИТИЕ**

- 1) синдрома рабдомиолиза
- 2) острого пиелонефрита
- 3) острого гломерулонефрита
- 4) гемолитической анемии

### **ПРИ СИНДРОМЕ СИНДРОМА МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В ВИДЕ**

- 1) вторичного гипотиреоза
- 2) диффузно-многоузлового зоба
- 3) аденомы щитовидной железы
- 4) медуллярного рака щитовидной железы

### **ОСНОВНЫМ ПАРАМЕТРОМ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ, КОТОРЫЙ ТРЕБУЕТСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ, ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ МЭН 1 ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- 1) хромогранина А
- 2) кортизола в крови
- 3) гастрин
- 4) паратгормона в крови

### **В 90% СЛУЧАЕВ ПРИ МЭН 1 РАЗВИВАЕТСЯ**

- 1) соматотропинома
- 2) рак легкого
- 3) первичный гиперпаратиреоз
- 4) пролактинома

**ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ КОМПОНЕНТОВ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) диффузный нетоксический зоб
- 2) врожденная дисфункция коры надпочечников
- 3) гипокальциемическая гиперкальциурия
- 4) АКТГ-продуцирующая аденома гипофиза

**ДЛЯ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) буллезного эпидермолиза
- 2) пятен цвета «кофе-с-молоком»
- 3) кожно-слизистого кандидоза
- 4) черного акантоза

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЭН 2Б ХАРАКТЕРНА ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ В ВИДЕ**

- 1) синдактилии
- 2) укорочения нижних конечностей
- 3) морфаноподобной внешности
- 4) клювовидного лица

**РЕБЕНОК 10 ЛЕТ ОБСЛЕДОВАН В СВЯЗИ С ВЫЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ФОН ХИППЕЛЯ ЛИНДАУ У ОТЦА. ВЫЯВЛЕНА ИДЕНТИЧНАЯ МУТАЦИЯ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

- 1) щитовидной железы
- 2) брюшной полости и забрюшинного пространства
- 3) паращитовидных желез
- 4) мошонки

**ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНОЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПРИ МЭН 1 НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В КРОВИ УРОВЕНЬ**

- 1) АДГ, ренина, кортизола
- 2) гастрина, хромогранина А, кортизола, инсулина
- 3) АКТГ, кортизола, пролактина, СТГ
- 4) паратгормона, ТТГ, ИФР-1

**ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ ГЕНА**

- 1) PTH
- 2) RET

- 3) GNAS
- 4) MEN1

**ДЛЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) гипертрихоза
- 2) частых переломов в анамнезе
- 3) пятен цвета «кофе с молоком»
- 4) полиурии/полидипсии

**ОСНОВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРОМ, КОТОРЫЙ ТРЕБУЕТСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ, ПРИ МЭН 1 ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- 1) фосфора в крови
- 2) гастрин
- 3) кальция в крови
- 4) хромогранина А

**СОЧЕТАНИЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) МЭН1
- 2) МЭН2
- 3) Бэквита-Видемана
- 4) Хиппеля-Линдау

**НЕОБХОДИМОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА И КАЛЬЦИТРИОЛА ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ**

- 1) работы 25-гидроксилазы в печени
- 2) работы 1-альфа-гидроксилазы в почках
- 3) реабсорбции фосфора в почках
- 4) всасывания холекальциферола из кишечника

**ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА ФОН ГИППЕЛЯ ЛИНДАУ У ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ РИСК РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 25
- 2) 50
- 3) 15
- 4) 100

**СОЧЕТАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОГО КОЖНО-СЛИЗИСТОГО КАНДИДОЗА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ У ПАЦИЕНТА**

- 1) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 2) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 3) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа

4) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа

### **ХРОНИЧЕСКИЙ КОЖНО-СЛИЗИСТЫЙ КАНДИДОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ**

- 1) синдрома множественный эндокринных неоплазий 2А типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 3) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 4) синдрома множественный эндокринных неоплазий 1 типа

### **КОМПОНЕНТОМ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) крапивница
- 2) импетиго
- 3) витилиго
- 4) нейродермит

### **ДЕВОЧКАМ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У**

- 1) врача-невролога
- 2) врача-гастроэнтеролога
- 3) врача-физиотерапевта
- 4) врача-кардиолога

### **ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИПОДИСТРОФИЕЙ НАХОДЯТСЯ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ**

- 1) адренолейкодистрофии
- 2) бронхо-легочной патологии
- 3) опухолей хиазмально-селлярной области
- 4) сердечно-сосудистых заболеваний

### **ПОЯВЛЕНИЕ МИАЛГИИ, ВЫРАЖЕННОЙ СЛАБОСТИ И ТЕМНОЙ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКИМ ГИПЕРОСМОЛЯРНЫМ СТАТУСОМ УКАЗЫВАЕТ НА РАЗВИТИЕ**

- 1) острого гломерулонефрита
- 2) гемолитической анемии
- 3) острого пиелонефрита
- 4) синдрома рабдомиолиза

### **СИМПТОМАМИ КАРЦИНОИДНОГО СИНДРОМА ПРИ МЭН 1 ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) гиперпигментация кожи шеи, избыточный рост остистых волос на лице, иктеричность склер, асцит, одышка, сонливость, появление крови в стуле
- 2) бледность кожи с наличием трещин в углах рта, тахикардия, обесцвеченный кал, боль в эпигастрии и правых отделах живота, склонность к запорам, гипотермия, головокружение, ощущение слабости и нехватки воздуха
- 3) бледность и сухость кожи, тремор, запоры, раздутый живот, тахикардия, плотный

белый налет на языке, зуд, прогрессирующая прибавка в весе, отечность стоп  
4) приливы с покраснением кожи головы и шеи («горячие приливы»), частый жидкий стул, боль и спазмы в животе, нарушение сердечного ритма, телеангиоэктазии, потливость, зуд, потеря веса, пеллагра

### **КОМПОНЕНТОМ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) сахарный диабет 2 типа
- 2) остеоартроз
- 3) пернициозная анемия
- 4) поликистоз почек

### **ДЛЯ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО**

- 1) кандидоза
- 2) аспергиллеза
- 3) кокцидиоза
- 4) амебиоза

### **СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТКИ 17 ЛЕТ АУТОИММУННОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (С 15 ЛЕТ) И САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА (С 13 ЛЕТ) БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ В ГЕНЕ AIRE ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ**

- 1) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 3) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа
- 4) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа

### **ХАРАКТЕРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА ПРИ МЭН 1 ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) глуканнома, ВИПома, феохромоцитома
- 2) кортикотропинома, соматотропинома, пролактинома
- 3) бластома гипофиза, тиротропинома, краниофарингиома
- 4) менингиома, липома гипофиза

### **У ПАЦИЕНТОВ С ЛИПОАТРОФИЧЕСКИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЕЙ ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) эруптивная (множественная узелковая) ксантома
- 2) атопический дерматит
- 3) витилиго
- 4) кандидоз

### **ПОД ОПРЕДЕЛЕНИЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 3 ТИПА ПОДХОДИТ СОЧЕТАНИЕ**

- 1) аутоиммунного тиреоидита и аутоиммунного первичного гипогонадизма
- 2) первичной надпочечниковой недостаточности и аутоиммунного тиреоидита

- 3) гипопаратиреоза и хронического кожно-слизистого кандидоза
- 4) первичной надпочечниковой недостаточности и сахарного диабета 1 типа

### **В ОСНОВЕ СИНДРОМА МЭН2 ЛЕЖАТ МУТАЦИИ ГЕНА**

- 1) RET
- 2) MEN1
- 3) NSD1
- 4) CYP21

### **ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ**

- 1) активности эластазы в кале
- 2) аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в крови
- 3) уровня глюкозы крови
- 4) креатинина в суточной моче

### **СОЧЕТАНИЕ ГИПОПАРАТИРЕОЗА И ХРОНИЧЕСКОГО КОЖНО-СЛИЗИСТОГО КАНДИДОЗА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ У ПАЦИЕНТА**

- 1) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа
- 3) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 4) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа

### **КОМПОНЕНТОМ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) гиперпаратиреоз
- 2) гипопаратиреоз
- 3) гипокальциемическая гиперкальциемия
- 4) гиперкальциемическая гипокальциемия

### **ПРИБРЕТЕННАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИПОДИСТРОФИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С**

- 1) врожденными пороками сердца
- 2) бронхо-легочной дисплазией
- 3) аутоиммунными заболеваниями
- 4) многоузловым нетоксическим зобом

### **ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ МЭН 1 ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) судороги, потеря сознания, жидкий стул, тахикардия, постоянное чувство голода, снижение веса, ощущение страха, гипервозбудимость, тремор, гипотензия
- 2) боль в костях, переломы, нарушение походки, мышечная слабость, появление крови в моче, запоры, тошнота, депрессия, анорексия, снижение веса, артериальная гипертензия, аритмии
- 3) полиурия, полидипсия, запах ацетона изо рта, «липкая» моча, постоянное чувство голода, резкое снижение веса, мышечная слабость, фолликулит

4) избыток веса, гипертермия, гиперпигментация кожи шеи и подмышечных впадин, ярко-розовые стрии, артериальная гипертензия, избыточное развитие жировой клетчатки в верхней части туловища, адинамия

**НАЛИЧИЕ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ГИПОПАРАТИРЕОЗА И ГОМОЗИГОТНОЙ МУТАЦИИ R257X В ГЕНЕ AIRE ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ**

- 1) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа
- 3) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 4) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа

**ПРИ НАЛИЧИИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МЭН 1 В КРОВИ МОГУТ БЫТЬ ПОВЫШЕНЫ УРОВНИ**

- 1) холецистокинина, мотилина, грелина, энкефалина
- 2) мотилина, грелина, энкефалина, кортизола
- 3) холецистокинина, паратгормона, мотилина
- 4) инсулина, гастрин, глюкагона, панкреатического полипептида

**КОМПОНЕНТОМ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) эндогенный гиперкортицизм
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) первичный гиперпаратиреоз
- 4) первичный гипогонадизм

**ПОД ОПРЕДЕЛЕНИЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 2 ТИПА ПОДХОДИТ СОЧЕТАНИЕ**

- 1) сахарного диабета 1 типа и очаговой алопеции
- 2) аутоиммунного тиреоидита и хронического кожно-слизистого кандидоза
- 3) сахарного диабета 1 типа и аутоиммунного тиреоидита
- 4) первичной надпочечниковой недостаточности и сахарного диабета 1 типа

**ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ**

- 1) метилирования 6-й хромосомы
- 2) гена RET
- 3) гена VHL
- 4) гена CYP11B1

**ДЛЯ СИНДРОМА МЭН 1 ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ**

- 1) голандрический
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) аутосомно-доминантный
- 4) х-сцепленный

**СОЧЕТАНИЕ У ПАЦИЕНТА ДИАРЕИ С СОДЕРЖАНИЕМ В КАЛЕ БОЛЬШОГО**

## **КОЛИЧЕСТВО ЖИРОВ, СНИЖЕНИЕ ВЕСА С НАЛИЧИЕМ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ, РЕФРАКТЕРНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) инсулиномы
- 2) гастриномы
- 3) кортикотропиномы
- 4) виомы

## **АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- 1) гипотиреоза
- 2) гипопаратиреоза
- 3) хронического кандидоза слизистых
- 4) надпочечниковой недостаточности

## **ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО**

- 1) повышение уровня альдостерона
- 2) снижение уровня ренина
- 3) снижение уровня АКТГ
- 4) повышение уровня АКТГ

## **СИНДРОМ ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ (ИЛИ VHL-СИНДРОМ) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- 1) аутосомно-доминантный синдром, включающий медуллярный рак щитовидной железы, феохромоцитому, множественные невромы слизистых оболочек и кишечные ганглионевромы
- 2) полисистемное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующееся развитием опухолей ЦНС, кожи, наличием типичных пигментных пятен на коже, аномалиями развития костного скелета
- 3) наследственный синдром с аутосомно-доминантным типом наследования, включающий медуллярный рак щитовидной железы, феохромоцитому, гиперпаратиреоз или аденомы паращитовидных желез и иногда кожный амилоидоз
- 4) факоматоз с аутосомно-доминантным типом наследования, проявляющийся формированием ангиоматозных, ангиоретикулематозных и кистозных образований сетчатки глаз, центральной нервной системы и внутренних органов

## **ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ КОМПОНЕНТОВ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) неправильное развитие вторичных половых признаков
- 2) СТГ-продуцирующая аденома гипофиза
- 3) диэнцефальная кахексия
- 4) гипокальцемическая гиперкальциурия

## **К «КЛАССИЧЕСКОЙ» ТРИАДЕ КОМПОНЕНТОВ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ОТНОСЯТСЯ**

- 1) хронический кожно-слизистый кандидоз, гипопаратиреоз и аутоиммунный

тиреоидит

2) хронический кожно-слизистый кандидоз, гипопаратиреоз и первичная надпочечниковая недостаточность

3) гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность и аутоиммунный тиреоидит

4) хронический кожно-слизистый кандидоз, сахарный диабет 1 типа и первичная надпочечниковая недостаточность

### **ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГИПЕРФАГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИПОДИСТРОФИЕЙ АССОЦИИРОВАНО С**

1) развитием стеатогепатита

2) высокими темпами роста

3) выраженным дефицитом лептина

4) нарушением пищевого поведения

### **ПРИ СИНДРОМЕ ХИППЕЛЯ-ЛИНДАУ В ПРОГРАММУ СКРИНИНГА ПАЦИЕНТОВ ВХОДИТ МСКТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПО ПРИЧИНЕ РИСКА РАЗВИТИЯ**

1) желчнокаменной болезни

2) рака кишечника

3) рака почки, образований поджелудочной железы

4) мочекаменной болезни

### **РИСК РАЗВИТИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПОВЫШЕН У РЕБЕНКА С**

1) диффузным токсическим зобом

2) АПС 1 типа

3) синдромом МЭН1

4) нейрофиброматозом 1 типа

### **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МЭН 1 НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В КРОВИ УРОВЕНЬ**

1) паратгормона

2) АДГ

3) кортизола

4) инсулина

### **ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА МЭН2А У ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ РИСК РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

1) 100

2) 15

3) 25

4) 50

### **СОЧЕТАНИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) Хиппеля-Линдау
- 2) Бэквита-Видемана
- 3) МЭН1
- 4) МЭН2

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) колекальциферол
- 2) альфакальцидол
- 3) эргокальциферол
- 4) дигидротахистерол

**У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ ОТСУТСТВИИ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ AIRE УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИАГНОЗ**

- 1) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 2) синдром множественный эндокринных неоплазий 2А типа
- 3) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 4) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа

**ПАЦИЕНТУ С ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПОКАЗАНО ДООБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 3) синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 4) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) феохромоцитомы/параганглиома
- 2) гиперкортицизм
- 3) гиперальдостеронизм
- 4) вазоренальная гипертензия

**АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 1 ТИПА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СОЧЕТАНИЯ**

- 1) аутоиммунного тиреоидита и аутоиммунного первичного гипогонадизма
- 2) хронического кожно-слизистого кандидоза и первичной надпочечниковой недостаточности
- 3) первичной надпочечниковой недостаточности и сахарного диабета 1 типа
- 4) первичной надпочечниковой недостаточности и аутоиммунного тиреоидита

**ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЖНО-СЛИЗИСТОГО КАНДИДОЗА ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) глюкокортикоиды
- 2) антибиотики
- 3) антимикотики
- 4) цитостатики

**АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 1 ТИПА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СОЧЕТАНИЯ**

- 1) первичной надпочечниковой недостаточности и сахарного диабета 1 типа
- 2) аутоиммунного тиреоидита и аутоиммунного первичного гипогонадизма
- 3) гипопаратиреоза и первичной надпочечниковой недостаточности
- 4) первичной надпочечниковой недостаточности и аутоиммунного тиреоидита

**ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЖНО-СЛИЗИСТЫМ КАНДИДОЗОМ, СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ И ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ ПОКАЗАНО ДООБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 3) синдрома множественных эндокринных неоплазий 1 типа
- 4) синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А типа

**ПАЦИЕНТУ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ЛИПОДИСТРОФИЕЙ И ОТСУТСТВИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ**

- 1) соблюдение диеты
- 2) регулярный прием глюкокортикоидов
- 3) аутотрансплантацию жировой ткани
- 4) превентивный прием гепатопротекторов

**СОЧЕТАНИЕ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА И ГЕМАНГИОБЛАСТОМЫ СЕТЧАТКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- 1) МЭН2А
- 2) фон Гиппеля Линдау
- 3) Пейтца-Егерса
- 4) МЭН1

**ПРИ МЭН 1 В ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИАГНОСТИРУЮТСЯ ОПУХОЛИ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ**

- 1) опухоли паращитовидных желез, опухоли поджелудочной железы, аденомы гипофиза, аденомы надпочечников, аденомы щитовидной железы, карциноиды
- 2) аденомы надпочечников, аденомы щитовидной железы, аденомы гипофиза, карциноиды, опухоли паращитовидных желез, опухоли поджелудочной железы
- 3) опухоли APUD-системы, опухоли паращитовидных желез, опухоли поджелудочной железы, аденомы гипофиза
- 4) тиротропинома, краниофарингиома, опухоли паращитовидных желез, опухоли поджелудочной железы

**ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ОТНОСИТСЯ К**

- 1) аутосомно-доминантному
- 2) аутосомно-рецессивному
- 3) нарушению импринтинга
- 4) X-сцепленному рецессивному

**МЭН 1 НАСЛЕДУЕТСЯ ПО \_\_\_\_\_ ТИПУ**

- 1) X-сцепленному рецессивному
- 2) аутосомно-рецессивному
- 3) аутосомно-доминантному
- 4) X-сцепленному доминантному

**КОМПОНЕНТОМ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА МОЖЕТ БЫТЬ**

- 1) эндогенный гиперкортицизм
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) первичный гиперпаратиреоз
- 4) аутоиммунный тиреоидит

**КОМПОНЕНТОМ СИНДРОМА МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) пятна цвет кофе-с-молоком географической неправильной формы размерами от 1 см
- 2) пятна цвет кофе-с-молоком правильной овальной формы размерами любых размеров
- 3) пятна цвет кофе-с-молоком правильной овальной формы размерами от 1 см
- 4) пятна цвет кофе-с-молоком географической неправильной формы любых размеров

**ЧАСТЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ СИНДРОМЕ МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) остепетроз трубчатых костей
- 2) остеопороз трубчатых костей
- 3) деформация лучевой кости по типу Маделунга
- 4) деформация бедренной кости по типу пастушьего посоха

**ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА МЭН1 У ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ РИСК РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 100
- 2) 15
- 3) 25
- 4) 50

**В СТРУКТУРУ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ 2 ТИПА**

## **МОЖЕТ ВХОДИТЬ**

- 1) гепатобластома
- 2) аденома паращитовидных желез
- 3) опухоль Вильмса
- 4) аденома предстательной железы

## **ДЛЯ СИНДРОМА МЭН 2Б ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ**

- 1) X-сцепленный
- 2) голандрический
- 3) аутосомно-рецессивный
- 4) аутосомно-доминантный

## **СОЧЕТАНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА С АУТОИММУННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ДРУГИХ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЁЗ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА \_\_\_\_\_ ТИПА**

- 1) второго
- 2) третьего
- 3) неклассической формы первого
- 4) первого

## **МУТАЦИИ В ГЕНЕ AIRE ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ**

- 1) синдрома множественный эндокринных неоплазий 2А типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 3) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 4) синдрома множественный эндокринных неоплазий 1 типа

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ СИНДРОМОВ МЭН2 ЯВЛЯЮТСЯ МУТАЦИИ В ГЕНЕ**

- 1) BRAF
- 2) RAS
- 3) PTEN
- 4) RET

## **В ПРОГРАММУ СКРИНИНГА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN (1-Й СТЕПЕНИ РОДСТВА) ВКЛЮЧЕНО**

- 1) определение кальция, паратгормона, гастрина, инсулина, хромогранина А, пролактина, панкреатического полипептида крови
- 2) выполнение сцинтиграфии с технетрилом
- 3) определение щелочной фосфатазы, кальция и фосфора крови, ренина плазмы, кортизола мочи, копрограмма
- 4) определение кальцитонина, альдостерона, адренокортитропного гормона, калия, глюкозы, фосфора в крови

## **ГИПОПАРАТИРЕОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ**

- 1) аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа
- 2) аутоиммунного полигландулярного синдрома 2 типа
- 3) синдрома множественный эндокринных неоплазий 1 типа
- 4) синдрома множественный эндокринных неоплазий 2А типа

**ПРИ НАЛИЧИИ МЭН2 ТИПА У РОДСТВЕННОКА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО РЕГУЛЯРНОЕ**

- 1) проведение сцинтиграфии щитовидной железы
- 2) проведение рентгенографии органов грудной клетки
- 3) проведение УЗИ щитовидной железы
- 4) определение тиреоглобулина сыворотки крови

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) преднизолон
- 2) гидрокортизон
- 3) дексаметазон
- 4) метилпреднизолон

**ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА МЭН2Б У ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ РИСК РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 25
- 2) 50
- 3) 15
- 4) 100

**ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ МЭН 1 ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ГЕНА**

- 1) MEN
- 2) RET
- 3) BRAF
- 4) NRAS

**НАЛИЧИЕ ГОМОЗИГОТНОЙ МУТАЦИИ R257X В ГЕНЕ AIRE У ДЕВОЧКИ 5 ЛЕТ С ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ РЕБЕНКУ**

- 1) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 3) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 4) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа

**В СТРУКТУРУ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ 2 ТИПА МОЖЕТ ВХОДИТЬ**

- 1) глюкагонома
- 2) феохромоцитома

- 3) соматотропинома
- 4) пролактинома

### **ДЛЯ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ 2 В ТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- 1) голубых невусов на коже
- 2) гиперпигментаций в области суставов
- 3) пятен цвета «кофе с молоком» на коже
- 4) множественных неврином слизистых оболочек

### **ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ КОМПОНЕНТОВ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) пролактин-секретирующая аденома гипофиза
- 2) многоузловой нетоксический зоб
- 3) микронодулярная гиперплазия надпочечников
- 4) диэнцефальное ожирение

### **ПОД ОПРЕДЕЛЕНИЕ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 2 ТИПА ПОДХОДИТ СОЧЕТАНИЕ**

- 1) сахарного диабета 1 типа и очаговой алопеции
- 2) аутоиммунного тиреоидита и гипопаратиреоза
- 3) сахарного диабета 1 типа и аутоиммунного тиреоидита
- 4) первичной надпочечниковой недостаточности и аутоиммунного тиреоидита

### **ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЖНО-СЛИЗИСТЫМ КАНДИДОЗОМ, ГИПОПАРАТИРЕОЗОМ И АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ МОЖНО УСТАНОВИТЬ**

- 1) аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа
- 2) аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа
- 3) синдром множественных эндокринных неоплазий 2А типа
- 4) синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа

### **Общественное здоровье и здравоохранение**

[Вернуться в начало](#)

### **НАИБОЛЬШАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СД 1 ТИПА В РОССИИ В**

- 1) во всех регионах одинаковая
- 2) Дальневосточном Федеральном округе
- 3) Северо-Западном Федеральном округе
- 4) Южном Федеральном округе

### **НАИБОЛЬШАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СД 1 ТИПА ОТМЕЧЕНА В**

- 1) Франции
- 2) Финляндии
- 3) Японии

4) России

**ПОД ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ОБЩЕЕ ЧИСЛО БОЛЬНЫХ**

- 1) зарегистрированное на конец года и рассчитанное на 10 тыс. населения
- 2) выявленное за год и рассчитанное на 10. тыс. населения
- 3) выявленное за год и рассчитанное на 100. тыс. населения
- 4) зарегистрированное на конец года и рассчитанное на 100 тыс. населения

**МЕТОД, ПРИ КОТОРОМ ОБСЛЕДОВАНИЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ ИЛИ ПОПУЛЯЦИИ ПРОВОДИТСЯ 2 РАЗА И БОЛЕЕ ЧЕРЕЗ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ПРОМЕЖУТКИ ВРЕМЕНИ (НАПРИМЕР 3-5-10 ЛЕТ) НАЗЫВАЕТСЯ**

- 1) сплошное обследование
- 2) выборочное обследование
- 3) перспективное обследование
- 4) проспективное обследование

**ДОЛЯ СД 1 ТИПА ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 99,9
- 2) 90
- 3) 50
- 4) 80

**УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СД 1 ВЫШЕ В \_\_\_\_\_ РАСЕ**

- 1) европеоидной
- 2) монголоидной
- 3) негроидной
- 4) австралоидной

**ФАКТИЧЕСКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СД 2 В ОТЛИЧИЕ ОТ РЕГИСТРИРУЕМОЙ**

- 1) выше в 3-5 раз
- 2) выше в 1,5-2 раза
- 3) ниже в 1,5 -2 раза
- 4) ниже в 3-5 раз

**ДЕТАЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В МАСШТАБАХ СТРАНЫ, А ТАКЖЕ ИНФОРМАЦИЮ О КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ ПАЦИЕНТЕ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

- 1) дает анкетирование пациентов с СД
- 2) дает регистр сахарного диабета
- 3) дают данные Росстата
- 4) дают базы данных каждого ЛПУ

## **РОСТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СД 1 ТИПА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ В РФ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН СРЕДИ ДЕТЕЙ \_\_\_\_\_ ВОЗРАСТА**

- 1) подросткового
- 2) младшего школьного
- 3) дошкольного
- 4) ясельного

## **ПОД РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОДРАЗУМЕВАЮТ ОБЩЕЕ ЧИСЛО БОЛЬНЫХ**

- 1) выявленное за год и рассчитанное на 100 тыс. населения
- 2) выявленное за год и рассчитанное на 10 тыс. населения
- 3) зарегистрированное на конец года и рассчитанное на 10 тыс. населения
- 4) зарегистрированное на конец года и рассчитанное на 100 тыс. населения

## **ИССЛЕДОВАНИЕ DCST ПОКАЗАЛО, ПОДДЕРЖАНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД**

- 1) снижает риск развития микрососудистых осложнений
- 2) увеличивает риск развития тяжелых гипогликемий
- 3) повышает риск развития диабетического кетоацидоза
- 4) снижает риск развития гиперосмолярной комы

## **ПОД СМЕРТНОСТЬЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ**

- 1) число больных, умерших за год и рассчитанное на 10 тыс. населения
- 2) число больных умерших за год и рассчитанное на 100 тыс. населения
- 3) доля больных, умерших за год, выражается в перцентилях от общего числа больных сахарным диабетом
- 4) доля больных, умерших за год, выражается в процентах от общего числа больных сахарным диабетом

## **ПОД ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ**

- 1) доля больных, умерших за год, выражается в процентах от общего числа больных СД
- 2) доля больных, умерших за год, выражается в перцентилях от общего числа больных СД
- 3) число больных умерших за год и рассчитанное на 100 тыс. населения
- 4) число больных, умерших за год и рассчитанное на 10 тыс. населения

[Вернуться в начало](#)