**Тесты по специальности Эндокринология**

**для аттестации врачей на врачебную категорию**

|  |  |
| --- | --- |
| № | **Перечень заданий** |
| 1. | К ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ |
| А | выраженная дегидратация |
| Б | выраженная гипергликемия |
| В | высокая осмолярность плазмы |
| Г | кетоз |
|  |  |
| 2 | В ОТЛИЧИЕ ОТ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ |
| А | неврологическая симптоматика |
| Б | запах ацетона изо рта |
| В | дыхание Куссмауля |
| Г | ацетонурия |
|  |  |
| 3 | ДОМИНИРУЮЩИМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | гипогликемия и инсулинорезистентность |
| Б | гипогликемия и гиперинсулинемия |
| В | гиперинсулинемия |
| Г | инсулинорезистентность |
|  |  |
| 4 | ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | мерцательная аритмия |
| Б | диффузный гипергидроз |
| В | наджелудочковая тахикардия |
| Г | потеря веса |
|  |  |
| 5 | АНТИТЕЛАМИ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ДТЗ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| А | антитела к тиреоглобулину |
| Б | антитела к микросомальной фракции |
| В | антитела к рецепторам ТТГ |
| Г | антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD) |
|  |  |
| 6 | У ПАЦИЕНТКИ 25 ЛЕТ, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ |
| А | антитела к тиреоглобулину |
| Б | ТТГ и св Т3 |
| В | ТТГ и антитела к тиреопероксидазе |
| Г | ТТГ и св Т4 |
|  |  |
| 7 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ |
| А | антитела к тиреопероксидазе |
| Б | антитела к рецепторам ТТГ |
| В | антитела к тиреоглобулину |
| Г | антитела к ретробульбарной клетчатке |
|  |  |
| 8 | ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА |
| А | компьютерная томография |
| Б | пункционная биопсия под контролем УЗИ |
| В | радиоизотопная сцинтиграфия |
| Г | УЗИ щитовидной железы |
|  |  |
| 9 | ВВЕДЕНИЕ ТИРЕОЛИБЕРИНА ВЫЗЫВАЕТ УСИЛЕНИЕ СЕКРЕЦИИ |
| А | СТГ |
| Б | АКТГ |
| В | пролактина |
| Г | адреналина |
|  |  |
| 10 | СИНТЕЗ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА УСИЛИВАЕТСЯ |
| А | избытком тироксина |
| Б | тиреолиберином |
| В | избытком трийодтиронина |
| Г | монойодтиронином |
|  |  |
| 11 | ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МИНИМАЛЬНУЮ ЛУЧЕВУЮ НАГРУЗКУ ДАЕТ |
| А | УЗИ щитовидной железы |
| Б | ангиография сосудов щитовидной железы |
| В | компьютерная томография |
| Г | радиоизотопная сцинтиграфия |
|  |  |
| 12 | НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ АНТИТЕЛ К МИКРОСОМАЛЬНОМУ АНТИГЕНУ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ |
| А | тиреотоксической аденоме |
| Б | подостром тиреоидите |
| В | аутоиммунном тиреоидите |
| Г | раке щитовидной железы |
|  |  |
| 13 | ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С НАГРУЗКОЙ ТРИЙОДТИРОНИНОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОЗУ |
| А | 60 мкг |
| Б | 200 мкг |
| В | 50 мкг |
| Г | 100 мкг |
|  |  |
| 14 | ПРОБУ С ТИРЕОЛИБЕРИНОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ |
| А | гипотиреоза |
| Б | токсической аденомы |
| В | диффузного токсического зоба |
| Г | соматотропиномы |
|  |  |
| 15 | ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ |
| А | папиллярного рака |
| Б | токсической аденомы |
| В | медуллярного рака |
| Г | фолликулярного рака |
|  |  |
| 16 | У БЕРЕМЕННОЙ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ОБЩЕГО Т4 И ОБЩЕГО Т3 ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ |
| А | определение ТТГ |
| Б | определение свободных Т3 и Т4 |
| В | определение антител к рецепторам ТТГ |
| Г | определение антител к тиреопероксидазе |
|  |  |
| 17 | НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕМИССИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА |
| А | нормальный уровень антител к рецептору ТТГ |
| Б | нормальный уровень ТТГ |
| В | нормальный уровень свободных Т3 и Т4 |
| Г | нормальный уровень антител к тиреопероксидазе |
|  |  |
| 18 | ОСОБЕННОСТЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | секреция тироксина и трийодтиронина зависит от секреции ТТГ |
| Б | секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ |
| В | секреция тироксина зависит от секреции ТТГ |
| Г | секреция тироксина автономна |
|  |  |
| 19 | ПРИ ВТОРИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ИМЕЕТ МЕСТО |
| А | уменьшение секреции ТТГ |
| Б | увеличение секреции ТТГ |
| В | увеличение секреции тиреолиберина |
| Г | снижение секреции тиреоглобулина |
|  |  |
| 20 | ПРИ ТРЕТИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ |
| А | увеличение уровня ТТГ |
| Б | повышение уровня тиреолиберина |
| В | снижение базального уровня тиреолиберина |
| Г | увеличение уровня пролактина |
|  |  |
| 21 | НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | осмотр |
| Б | УЗИ щитовидной железы с пункционной биопсией |
| В | пальпация |
| Г | аускультация щитовидной железы |
|  |  |
| 22 | ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ТИРЕОИДИТЕ, КАК ПРАВИЛО |
| А | не нарушена |
| Б | понижена |
| В | повышена |
| Г | меняется в соответствии с фазой заболевания |
|  |  |
| 23 | ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ АНТИТЕЛА К |
| А | островковым клеткам поджелудочной железы |
| Б | тиреоглобулину |
| В | рецепторам ТТГ |
| Г | тиреопероксидазе |
|  |  |
| 24 | ПРИ СЦИНТИГРАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО |
| А | «горячий» узел |
| Б | «холодный» узел |
| В | неравномерное поглощение радиофармпрепарата |
| Г | отсутствие поглощения радиофармпрепарата |
|  |  |
| 25 | ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО |
| А | неравномерная плотность |
| Б | гладкая эластическая консистенция |
| В | каменистая плотность |
| Г | болезненность |
|  |  |
| 26 | ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ЗОБ РИДЕЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
| А | гигантоклеточными гранулемами |
| Б | фиброзом и прорастанием капсулы щитовидной железы сосудами и нервами |
| В | инфильтрацией полиморфноядерными лейкоцитами |
| Г | инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, клетками Гюртле |
|  |  |
| 27 | ПРИ ФИБРОЗНОМ ТИРЕОИДИТЕ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ |
| А | плотная и безболезненная |
| Б | плотная и болезненная |
| В | горячая при пальпации |
| Г | флюктуирует |
|  |  |
| 28 | ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ |
| А | сниженный уровень ТТГ |
| Б | нормальный уровень ТТГ |
| В | сниженный уровень тиреоглобулина |
| Г | повышенный уровень ТТГ |
|  |  |
| 29 | НА МЕТАСТАЗЫ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ УКАЗЫВАЕТ |
| А | увеличение уровня антител к тиреопероксидазе |
| Б | субфебрильная температура |
| В | увеличение уровня тиреоглобулина |
| Г | увеличение уровня ТТГ |
|  |  |
| 30 | СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ |
| А | кисте щитовидной железы больших размеров |
| Б | аутоиммунном тиреоидите |
| В | многоузловом зобе |
| Г | диффузном зобе |
|  |  |
| 31 | ДЕФИЦИТ ПАРАТГОРМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ |
| А | жажды |
| Б | повышенной температуры |
| В | тонических судорог |
| Г | повышенной судорожной активности головного мозга |
|  |  |
| 32 | ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ПРИВОДИТ К |
| А | снижению секреции паратгормона |
| Б | повышению ТТГ |
| В | снижению АКТГ |
| Г | повышению АКТГ |
|  |  |
| 33 | ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО |
| А | снижение кальция в сыворотке крови |
| Б | повышение кальция в сыворотке крови |
| В | повышение фосфора в сыворотке крови |
| Г | повышение кальция в сыворотке крови снижение активности щелочной фосфатазы |
|  |  |
| 34 | ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
| А | нормальным уровнем паратгормона |
| Б | повышенным уровнем паратгормона |
| В | сниженным уровнем паратгормона |
| Г | повышенным уровнем кальция в крови |
|  |  |
| 35 | ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО |
| А | снижение уровня постпрандиальных триглицеридов |
| Б | повышение ЛПВП |
| В | снижение ЛПНП |
| Г | повышение уровня холестерина и триглицеридов |
|  |  |
| 36 | МЕНОРРАГИИ – ЭТО |
| А | увеличение продолжительности менструации |
| Б | урежение менструаций |
| В | болезненные и обильные менструации |
| Г | ациклические маточные кровотечения |
|  |  |
| 37 | ОСНОВНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | утолщение и склероз белочной оболочки яичников |
| Б | гиперплазия стромы яичников |
| В | гипоплазия эндометрия |
| Г | гипоплазия тека-клеток |
|  |  |
| 38 | СОДЕРЖАНИЕ АНДРОГЕНОВ В КРОВИ ОТРАЖАЕТ КОНЦЕНТРАЦИЯ |
| А | свободного тестостерона |
| Б | андростендиона |
| В | общего тестостерона |
| Г | прогестерона |
|  |  |
| 39 | ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ХАРАКТЕРНО |
| А | женский генотип |
| Б | нормальный менструальный цикл |
| В | мужской фенотип |
| Г | мужской генотип |
|  |  |
| 40 | В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОТНОСИТЕЛЬНО ПОВЫШЕН |
| А | прогестерон |
| Б | эстрадиол |
| В | тестостерон |
| Г | пролактин |
|  |  |
| 41 | ЛЮТЕИНОВАЯ ФАЗА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
| А | ростом и развитием фолликулов |
| Б | секрецией прогестерона |
| В | низкой базальной температурой |
| Г | секрецией эстрогенов |
|  |  |
| 42 | ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО |
| А | снижение уровня пролактина |
| Б | повышение концентрации ФСГ |
| В | снижение уровня тестостерона |
| Г | повышение концентрации ЛГ |
|  |  |
| 43 | УКАЖИТЕ ГОРМОН, СЕКРЕЦИЯ КОТОРОГО ИНГИБИРУЕТСЯ ПРИ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В КРОВИ ЭСТРОГЕНОВ |
| А | прогестерон |
| Б | АКТГ |
| В | ФСГ |
| Г | ЛГ |
|  |  |
| 44 | ГИНЕКОМАСТИЯ – ЭТО |
| А | увеличение ткани молочной железы у женщин |
| Б | наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин |
| В | замещение ткани грудной железы у мужчин на жировую ткань |
| Г | деформация молочных желез у женщин |
|  |  |
| 45 | ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА |
| А | 21-35 дней |
| Б | 28-40 дней |
| В | 28-29 дней |
| Г | 14-28 дней |
|  |  |
| 46 | КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ |
| А | стрессовой ситуации |
| Б | нарушенном менструальном цикле |
| В | ожирении |
| Г | менопаузе |
|  |  |
| 47 | НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИПОГОНАДИЗМА РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРИОД |
| А | внутриутробный |
| Б | пубертата |
| В | препубертата |
| Г | постпубертата |
|  |  |
| 48 | У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА СПЕРМОГРАММА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
| А | олигозооспермией |
| Б | некроспермией |
| В | нормальной спермограммой |
| Г | азооспермией |
|  |  |
| 49 | ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ПРИВОДИТ К |
| А | снижению секреции паратгормона |
| Б | повышению ТТГ |
| В | повышению Т4 |
| Г | повышению АКТГ |
|  |  |
| 50 | ОСНОВНОЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КАЛЬЦИТОНИНА |
| А | синтез паратгормона |
| Б | ингибирование остеокластов |
| В | ингибирование остеобластов |
| Г | ингибирование витамина Д |
|  |  |
| 51 | ПАРАТГОРМОН РЕГУЛИРУЕТ |
| А | синтез ТТГ |
| Б | синтез инсулина |
| В | выход кальция и фосфора из кости |
| Г | синтез витамина Д |
|  |  |
| 52 | СНИЖЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ |
| А | сахарном диабете |
| Б | ожирении |
| В | хронических неспецифических заболеваниях легких |
| Г | хроническом холецистите |
|  |  |
| 53 | ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ |
| А | генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани |
| Б | снижение овариальной функции в течение жизни |
| В | прекращение овариальной функции в менопаузе |
| Г | снижение физической активности в возрасте старше 60 лет |
|  |  |
| 54 | У ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ ПОКАЗАНО |
| А | лучевая терапия |
| Б | хирургическое лечение |
| В | применение препарата достинекс |
| Г | сочетанная лучевая и медикаментозная терапия |
|  |  |
| 55 | НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ АКРОМЕГАЛИИ КОРРИГИРУЮТСЯ |
| А | инсулинотерапией |
| Б | специфической терапией основного заболевания |
| В | приемом метформина |
| Г | диетой с пониженным содержанием легкоусвояемых углеводов |
|  |  |
| 56 | ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | электролитно-стероидная кардиопатия |
| Б | прогрессирующее похудание |
| В | высокий уровень кортизола в крови |
| Г | неэффективность консервативной терапии |
|  |  |
| 57 | НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА |
| А | хирургическая аденомэктомия удаление двух надпочечников |
| Б | удаление одного надпочечника |
| В | хирургическая аденомэктомия |
| Г | аутотрансплантация коры надпочечников |
|  |  |
| 58 | ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КУПИРУЕТСЯ |
| А | альфа-адреноблокаторами |
| Б | нитратами |
| В | ингибиторами АПФ |
| Г | блокаторами кальциевых каналов |
|  |  |
| 59 | ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ИНСУЛИН СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ |
| А | уменьшение дозы инсулина |
| Б | увеличение дозы инсулина |
| В | антигистаминную и кортикостероидную терапию |
| Г | пероральную сахароснижающую терапию |
|  |  |
| 60 | ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ИНСУЛИНОВЫХ ЛИПОДИСТРОФИЙ ОБУСЛОВЛЕНО |
| А | качеством препаратов инсулина |
| Б | декомпенсацией сахарного диабета |
| В | попаданием инсулиновой иглы в кровь |
| Г | гипогликемией |
|  |  |
| 61 | К РАЗВИТИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ |
| А | повышение физической активности |
| Б | курение |
| В | злоупотребление жирной пищей |
| Г | гиподинамия |
|  |  |
| 62 | ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ |
| А | внутривенным вливанием глюкозы |
| Б | употреблением алкоголя |
| В | приемом бета-блокаторов |
| Г | введением инсулина |
|  |  |
| 63 | НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ |
| А | назначение ангиопротекторов |
| Б | лазерная фотокоагуляция |
| В | нормализация гликемического контроля |
| Г | склеротерапия |
|  |  |
| 64 | ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЮТСЯ |
| А | ингибиторы АПФ |
| Б | диуретики |
| В | селективные бета-блокаторы |
| Г | селективные альфа-блокаторы |
|  |  |
| 65 | ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ НА СТАДИИ ХБП |
| А | ХБП 2ст |
| Б | ХБП 4ст |
| В | ХБП 3ст |
| Г | ХБП 5ст |
|  |  |
| 66 | ТИАЗИДНЫЕ ДИУРЕТИКИ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ХБП |
| А | 1 стадии |
| Б | 3 стадии |
| В | 2 стадии |
| Г | 5 стадии |
|  |  |
| 67 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | фенофибрат |
| Б | омега 3-полиненасыщенные жирные кислоты |
| В | аторвастатин |
| Г | симвастатин |
|  |  |
| 68 | ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ХБП, НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | <7,0% |
| Б | <6,5% |
| В | <10% |
| Г | >6,5% |
|  |  |
| 69 | ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХБП 5 СТ. ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | преднизолон |
| Б | эритропоэтин |
| В | фолиевая кислота |
| Г | сорбифер |
|  |  |
| 70 | ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ПОДДЕРЖИВАТЬ У БОЛЬНЫХ ХБП 5 СТ. |
| А | >130 г/л |
| Б | 125-145 г/л |
| В | 105-125 г/л |
| Г | >90 г/л |
|  |  |
| 71 | МАЛОБЕЛКОВАЯ ДИЕТА ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПОСТУПЛЕНИЕ С ПИЩЕЙ |
| А | 0,6 г белка/кг массы тела в сутки |
| Б | 1,0 г белка/кг массы тела в сутки |
| В | 0,8 г белка/кг массы тела в сутки |
| Г | 1,2 г белка/кг массы тела в сутки |
|  |  |
| 72 | КЕТОСТЕРИЛ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ |
| А | 1 таблетка на 5 кг массы тела |
| Б | по 1 капсуле 3 раза в день |
| В | по 2 капсулы 3 раза в день |
| Г | 3 капсулы утром натощак |
|  |  |
| 73 | К УМЕНЬШЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПРИВОДИТ |
| А | назначение комбинированной терапии инсулином и пероральным сахароснижающим препаратом |
| Б | назначение инсулинотерапии при гликемии выше 13,0 ммоль/л |
| В | безотлагательный перевод всех пациентов на инсулинотерапию |
| Г | назначение комбинированной терапии производными сульфанилмочевины и метформином |
|  |  |
| 74 | ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ ПРОВОДИТЬ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ: |
| А | реополиглюкина |
| Б | 5% раствора глюкозы |
| В | изотонического раствора хлорида натрия |
| Г | гемодеза |
|  |  |
| 75 | В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ ОТСУТСТВИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ЖИДКОСТЬ В ОБЪЕМЕ |
| А | 4-6 литра |
| Б | 2 литра |
| В | 1 литр |
| Г | 5% массы тела |
|  |  |
| 76 | ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВКЛЮЧАЕТ |
| А | п/к введение 1 мл глюкагона |
| Б | в/в струйное введение 40% глюкозы в количестве 20-100 мл |
| В | в/в капельное введение 5% раствора глюкозы |
| Г | прием легкоусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ |
|  |  |
| 77 | ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ |
| А | сердечные гликозиды |
| Б | β-блокаторы |
| В | диуретики |
| Г | ингибиторы АПФ |
|  |  |
| 78 | ПРЕПАРАТАМИ, МАСКИРУЮЩИМИ ГИПОГЛИКЕМИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ |
| А | бисопролол |
| Б | периндоприл |
| В | индопамид |
| Г | нифедипин |
|  |  |
| 79 | ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ Β-БЛОКАТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | сочетание артериальной гипертензии с застойной сердечной недостаточностью |
| Б | сочетание артериальной гипертензии с заболеваниями периферических артерий |
| В | трансмуральный инфаркт миокарда в анамнезе |
| Г | сочетание артериальной гипертензии с обструктивными заболеваниями бронхов |
|  |  |
| 80 | НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ |
| А | β-адреноблокаторы |
| Б | диуретики |
| В | ингибиторы АПФ |
| Г | α-адреноблокаторы |