

**Детская эндокринология (ВО) Первая категория**

**1. РЕБЕНОК С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ ВРАЧОМ**

- а) эндокринологом
- б) эпидемиологом
- в) ортопедом
- г) урологом

**2. ВРАЧ-ЭНДОКРИНОЛОГ ВПЕРВЫЕ УЧАСТВУЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В (ГОД)**

- а) 6
- б) 10
- в) 14-15
- г) 16-17

**3. К АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ**

- а) активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
- б) ювенильное увеличение щитовидной железы
- в) увеличение тимуса
- г) уменьшение объема яичек у мальчиков

**4. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ**

- а) перекорм, перекармливание
- б) психосоциальная депривация
- в) эндокринные заболевания
- г) инфекционные заболевания

**5. КАКОВЫ СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА?**

- а) внутриутробно
- б) постнатально после первого кормления ребенка
- в) в раннем возрасте

г) в период новорожденности

**6. ОСМОТР ЭНДОКРИНОЛОГА ДЕТСКОГО В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

а) 6, 10

б) 9

в) 2, 7

г) 3, 8

**7. ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

а) 15

б) 11

в) 12

г) 13

**8. ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

а) 16

б) 11

в) 12

г) 13

**9. ОСМОТР ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МЗ РФ ОТ 10 АВГУСТА 2017 ГОДА N514Н ПОДРОСТКИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ ПРОХОДЯТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

а) 17

б) 11

в) 12

г) 13

**10. ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ**

а) тиреотропный гормон

- б) трийодтиронин
- в) тироксин
- г) окситоцин

**11. АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ**

- а) клубочковой зоной надпочечников
- б) задней долей гипофиза
- в) щитовидной железой
- г) передней долей гипофиза

**12. В ПОЛОВОЙ ФОРМУЛЕ У МАЛЬЧИКОВ СИМВОЛ «L» ОЗНАЧАЕТ**

- а) отчетливое выпячивание щитовидного хряща (кадык)
- б) оволосение в подмышечной и паховой области, изменение голоса
- в) мутацию (ломку) голоса
- г) оволосение на лице

**13. НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОВОДЯТСЯ У ДЕТЕЙ С ЧАСТОТОЙ**

- а) 1 раз в месяц
- б) 2 раза в месяц
- в) 1 раз в квартал
- г) 2 раза в год

**14. РЕКОМЕНДУЕМАЯ В РОССИИ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА ДЛЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (Г/КГ)**

- а) 2,6
- б) 2,2
- в) 2,9
- г) 3,2

**15. ДЛЯ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» У РЕБЕНКА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ**

- а) гипергликемия
- б) гипокалиемиа

в) высокий удельный вес мочи

г) гиперхолестеринемия

**16. ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) повышение тетраiodтирокина (т4)

б) повышение тиреотрипного гормона (тгг)

в) повышение холестерина

г) снижение глюкозы

**17. ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

а) гипокальциемия

б) гиперкальциемия

в) гипофосфатемия

г) снижение щелочной фосфатазы (щф)

**18. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С**

а) спазмофилией

б) болезнью аддисона

в) врожденным гипотиреозом

г) тиреотоксикозом

**19. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ**

а) 17-оксипрогестерон в крови

б) лютеинизирующий гормон

в) эстрогены

г) фолликулостимулирующий гормон

**20. СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРИЛЬНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) гермафродитное строение гениталий у девочек

б) артериальная гипертензия

в) рвота у девочек

г) артериальная гипотензия

**21. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ**

а) гипофиза

б) щитовидной железы

в) гипоталамуса

г) гонад

**22. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ**

а) соматотропного гормона

б) тиреоидных гормонов

в) хорионического гонадотропина

г) эстрогенов

**23. В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ**

а) диетотерапию

б) анорексигенные препараты

в) метод бандажирования желудка

г) липосакцию

**24. УГНЕТЕНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-АДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ НЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПРИЕМЕ ПРЕДНИЗОЛОНА В ДОЗЕ \_\_\_\_ МГ/СУТКИ**

а) 5

б) 10

в) 20

г) 40

**25. СУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГКС ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ**

а) 1/3 дозы кортизона утром, 2/3 дозы вечером

б) 2/3 дозы кортизона утром, 1/3 дозы вечером

в) всю дозу кортизона утром

г) всю дозу кортизона вечером

**26. УСИЛИВАЮТ СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**

а) холецистокинин и гастрин

б) глюкагон и кальцитонин

в) тироксин и трийодтиронин

г) гормоны гипофиза

**27. ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

а) дефицита йода

б) дефицита селена

в) недостатка железа

г) дефицита кальция

**28. НЕКОРРЕГИРУЕМЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) отягощенная наследственность

б) особенность пищевого поведения

в) низкий уровень физической активности

г) нарушение баланса между поступлением энергии и ее расходом

**29. ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) наследственная предрасположенность

б) нейроинфекция

в) длительное лечение стероидными препаратами

г) хроническое соматическое заболевание

**30. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМА**

а) консультация врача-окулиста с исследованием глазного дна

б) рентгенография органов грудной клетки и консультация врача-диетолога

в) консультация врача-психолога

г) консультация врача-диетолога

**31. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСИТСЯ**

- а) кетоацидоз
- б) диабетическая нефропатия
- в) офтальмопатия
- г) артериальная гипертензия

**32. СНИЖЕНИЕ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- а) муковисцидоза
- б) экссудативной энтеропатии
- в) сахарного диабета
- г) дисахаридазной недостаточности

**33. СИНДРОМ ПОЛИЦИТЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕН**

- а) метаболическими нарушениями
- б) гиповолемией
- в) гемодинамическими расстройствами
- г) усиленным эритропозом

**34. ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ**

- а) от матерей с сахарным диабетом
- б) с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта
- в) с синдромом Видемана-Беквитта
- г) с врожденной гиперплазией коры надпочечников

**35. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФОРМА НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- а) недостатка антидиуретического гормона
- б) недостатка инсулина
- в) избытка антидиуретического гормона
- г) избытка инсулина

**36. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) полиурия
- б) полифагия
- в) потеря массы тела
- г) пастозность

**37. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ДЛИТСЯ**

- а) пожизненно
- б) в течение 2 лет
- в) в течение 3 лет
- г) в течение 5 лет

**38. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗРЕШЕНО В КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ (МЕС.)**

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 6

**39. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ**

- а) тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия
- б) тяжелые гипогликемические состояния, диабетическая ретино- и нефропатия
- в) тяжелые гипогликемические состояния, кетоацидоз
- г) ночная гипогликемия, кетоацидоз, диабетическая ретино- и нефропатия

**40. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОЖИРЕНИЯ ОТНОСИТСЯ**

- а) сахарный диабет 2 типа
- б) сахарный диабет 1 типа
- в) несахарный диабет
- г) гипотиреоз

**41. СНИЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- а) несахарном диабете
- б) сахарном диабете
- в) остром цистите
- г) мочекаменной болезни

**42. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ**

- а) запаздывание созревания глюкоронилтрансферазы
- б) внепеченочную обструкцию желчевыводящих путей
- в) внутрипеченочную обструкцию желчевыводящих путей
- г) нарушение захвата билирубина печеночной клеткой

**43. СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА (ЕДИНИЦА)**

- а) 0,4-1,0
- б) 0,1-0,2
- в) 1,2-1,6
- г) 2,0-3,0

**44. РЕЖИМ ДОЗИРОВКИ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а) 2000-2500 ме в течение 30 дней
- б) 500 ме в течение 45 дней
- в) 500 ме в течение года
- г) 300 ме в течение года

**45. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ?**

- а) пожизненно
- б) на срок продолжительности криза
- в) 2 месяца
- г) 6 месяцев

**46. МАЛЬЧИК 9 ЛЕТ 2 ГОДА БОЛЕЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ, КУДА ПРИШЕЛ СДАВАТЬ КРОВЬ НАТОЩАК. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ**

- а) гипогликемия
- б) гипергликемия
- в) черепно-мозговая травма
- г) нарушение ритма сердца

**47. ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТ**

- а) изолированную
- б) простую
- в) сольтеряющую
- г) стертую

**48. НЕОБХОДИМЫЕ ДАННЫЕ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКОСОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ) РЕБЕНКА С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИСКЛЮЧАЮТ**

- а) данные биопсии печени
- б) неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона)
- в) рентгенограмму кисти (определение «костного возраста»)
- г) суточное мониторирование ритма и артериального давления

**49. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- а) 4-6
- б) 6-8
- в) 8-10
- г) 12-15

**50. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) дефицит инсулина
- б) дефицит глюкагона

- в) избыток инсулина
- г) избыток глюкогона

**51. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) микроальбуминурия
- б) бактериурия
- в) лейкоцитурия
- г) гематурия

**52. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) задержка психомоторного развития
- б) длительно существующая желтуха новорожденных
- в) сухость кожи
- г) диарея

**53. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА (ТТГ) В КРОВИ БУДЕТ**

- а) повышенным
- б) в норме
- в) сниженным
- г) значительно сниженным

**54. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- а) тиреотропного гормона (ТТГ) в крови
- б) тетраiodтироксина (Т4) в крови
- в) трийодтироксина (Т3) в крови
- г) артериального давления

**55. КЛИНИЧЕСКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а) скрытой или выраженной тетанией
- б) мышечной гипотонией

в) густыми вьющимися волосами на голове

г) блефароспазмом, светобоязнью

**56. ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА**

а) адреногенитального синдрома

б) врожденного гипотиреоза

в) муковисцидоза

г) фенилкетонурии

**57. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ЯВЛЯЕТСЯ**

а) гиперпигментация кожи

б) желтушность кожи

в) петехиальная сыпь

г) бледность кожи

**58. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНИ АДДИСОНА) ОТНОСЯТ**

а) выраженную слабость, утомляемость

б) повышение аппетита

в) повышение артериального давления

г) повышение температуры тела

**59. ДЛЯ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) артериальная гипертензия

б) желтуха

в) повышенная ломкость костей

г) артериальная гипотония

**60. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) артериальная гипертензия

б) артериальная гипотония

в) гипергликемия

г) гиперхолестеринемия

**61. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАЗЫВАЮТ**

а) врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью фермента 21-гидроксилазы

б) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу

в) нарушение метаболизма фенилаланина (неспособность фенилаланингидроксилазы перерабатывать фенилаланин до тирозина), в результате мутационной блокады ферментов

г) врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

**62. ИСТИННЫМ ГИПОАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ НАЗЫВАЮТ**

а) состояние, характеризующееся снижением секреции основных минералокортикоидов и потерей способности канальцев почек удерживать натрий

б) врожденную гиперплазию надпочечников, обусловленную недостаточностью фермента 21-гидроксилазы (биосинтез кортикостероидов)

в) наследственное (по рецессивному типу) нарушение превращения глюкозы в галактозу

г) врожденную почечную энзимопатию или нефрит с потерей солей

**63. В ЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦАХ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОНИЖЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В \_\_\_\_\_ КОРИДОРЕ (ЗОНЕ)**

а) 2

б) 5

в) 7

г) 8

**64. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА**

а)  $> +2,0$

б)  $+1,0 - + 1,99$

в)  $- 0,99 - + 0,99$

г)  $-1,99 - - 1,0$

**65. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ У ДЕТЕЙ**

а) еще до рождения

б) с рождения

в) с 3 месячного возраста

г) с 3-5 лет

**66. ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКАЯ МАССА ТЕЛА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ МАССЫ ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ**

а) 97% центиля

б) 75% центиля

в) 90% центиля

г) 25% центиля

**67. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ**

а) перекорм, перекармливание

б) психосоциальная депривация

в) эндокринные заболевания

г) инфекционные заболевания

**68. ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКИЙ РОСТ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) гигантизмом

б) гипостатурой

в) акселерацией

г) нанизмом

**69. К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

а) длина тела

б) высота головы

в) нижний сегмент

г) верхний сегмент

**70. К ОСНОВНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

а) масса тела

б) высота головы

в) нижний сегмент

г) верхний сегмент

**71. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

а) верхний сегмент

б) длина тела

в) масса тела

г) окружность головы

**72. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ**

а) нижний сегмент

б) длина тела

в) масса тела

г) окружность головы

**73. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСИТСЯ ТЕРАПИЯ**

а) тиреостатическая

б) заместительная

в) противовоспалительная

г) противосудорожная

**74. ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) флудрокортизон

б) спиронолактон

в) инсулин

г) ципротерон

**75. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ**

а) соматотропного гормона

б) тиреоидных гормонов

в) хорионического гонадотропина

г) эстрогенов

**76. В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ**

а) диетотерапию

б) анорексигенные препараты

в) метод бандажирования желудка

г) липосакцию

**77. РАЗВИТИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РАЙОНАХ ОБУСЛОВЛЕНО НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

а) йода

б) кальция

в) железа

г) селена

**78. КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ В РОССИИ ПРИНЯТО ОЦЕНИВАТЬ ПО**

а) оссификации костей кистей обеих рук

б) годовой прибавке длины тела

в) числу постоянных зубов

г) оссификации костей левой кисти

**79. ФОРМУЛА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧКИ MA2AX1P1 ОЗНАЧАЕТ, ЧТО**

а) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, имеются единичные волосы в подмышечных впадинах и на лобке

б) железы не выдаются, сосок поднимается над околососковым кружком, имеются густые волосы на центральном участке подмышечных впадин и лобке

в) околососковый кружок имеет большие размеры, железа несколько выдается, отсутствуют волосы в подмышечных впадинах, присутствуют единичные волосы на лобке

г) тело железы принимает округлую форму, соски приподнимаются над околососковым кружком; имеются длинные, густые, выющиеся волосы по всей подмышечной впадине; имеются редкие, длинные волосы на центральном участке лобка

**80. У МАЛЬЧИКА В ВОЗРАСТЕ ОДНОГО ГОДА ДИАГНОСТИРОВАН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ, В АНАМНЕЗЕ БОЛЬ В**

## **ОБЛАСТИ ЗАДЕРЖАННОГО ЯИЧКА, НЕОБХОДИМО**

- а) безотлагательное оперативное вмешательство
- б) динамическое наблюдение
- в) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
- г) проведение гормональной терапии

## **81. ГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ МОЖНО НАЧИНАТЬ С**

- а) 6 месяцев
- б) 2 лет
- в) 5 лет
- г) рождения

## **82. БИОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА Д**

- а) способствует всасыванию кальция из желудочно-кишечного тракта
- б) увеличивает продукцию паратгормона
- в) блокирует канальцевую реабсорбцию кальция
- г) повышает уровень щелочной фосфатазы крови

## **83. ГИПОНАТРЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- а) врожденной гиперплазии коры надпочечников
- б) снижения секреции антидиуретического гормона
- в) терапии диуретиками
- г) внутривенного введения больших объемов жидкости

## **84. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ БЕЛКОВОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЧИТЫВАЮТ**

- а) дефицит массы тела
- б) состояние резистентности организма
- в) состояние толерантности к пище
- г) наличие признаков полигиповитаминоза

## **85. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИТАМИН-Д-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ**

- а) кальция, фосфора, щелочной фосфатазы
- б) остеокальцина, кальция, калия и магния
- в) паратгормона
- г) тироксина

**86. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГОРМОНА**

- а) кортизола
- б) инсулина
- в) адренкортикотропного
- г) тиреотропного

**87. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА?**

- а) свободный тироксин и тиреотропный гормон
- б) антитела к рецептору тиреотропного гормона
- в) свободный трийодтиронин
- г) антитела к тиреоглобулину

**88. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ С БЕЛКОВОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ(ГИПОТРОФИЕЙ I СТ.) ВКЛЮЧАЕТ**

- а) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; массаж, гимнастику; курсовой прием биопрепаратов
- б) регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию; массаж, гимнастику
- в) массаж, гимнастику; гормональную терапию; курсовой прием биопрепаратов
- г) курсовой прием биопрепаратов; регулярное проведение контроля питания и антропометрии; гормональную терапию

**89. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ СНИЖЕННОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а) 18,5-19,4
- б) 19,5-22,9
- в) 17-18,4

г) 15-16,9

**90. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ**

а) 17-18,4

б) 18,5-19,4

в) 19,5-22,9

г) 15-16,9

**91. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ**

а) 15-16,9

б) 18,5-19,4

в) 19,5-22,9

г) 17-18,4

**92. ПРОЦЕНТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 3 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ**

а) менее 15

б) 18,5-19,4

в) 17-18,4

г) 15-16,9

**93. ПРИ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ РАСЧЕТ НУТРИЕНТОВ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОВОДИТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С**

а) возрастом и фактической массой тела

б) долженствующей массой

в) возрастом и долженствующей массой тела

г) приблизительно долженствующей массой

**94. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛЕЧЕБНЫЕ СМЕСИ**

- а) с полным гидролизом белка
- б) белактозные
- в) низколактозные
- г) антирефлюксные

**95. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БЕЛКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕЛКОВОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- а) смесь для маловесных детей
- б) низколактозная смесь
- в) кисломолочная смесь
- г) творог

**96. ДЛЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- а) инстантная каша
- б) творог
- в) овощное пюре
- г) мясное пюре

**97. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)**

- а) 1-2
- б) 3-7
- в) 7-14
- г) 14-28

**98. РАСЧЕТ БЕЛКОВ И УГЛЕВОДОВ В ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ РЕБЕНКУ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТЕПЕНИ ПРОВОДЯТ НА**

- а) фактическую массу тела
- б) должную массу тела
- в) дефицит массы тела

г) фактическую массу тела плюс 10-15%

**99. ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИН-D-ДЕФИЦИТНОГО РАХИТА ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА D В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (МЕ)**

а) 2000-4000

б) 500

в) 1000-2000

г) 6000

**100. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ**

а) гидрокортизон

б) соматотропин

в) гонадотропин хорионический

г) инсулин

**101. ПРИ СОЛТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРОВОДЯТ ТЕРАПИЮ**

а) непрерывную, пожизненную

б) прерывистыми курсами

в) противорецидивную

г) краткосрочную

**102. ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ (МКГ/КГ/СУТ)**

а) 10,0-15,0

б) 15,0-20,0

в) 25,0-30,0

г) 30,0-50,0

**103. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА D ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ (МЕ)**

а) 1000

б) 100-200

в) 700-800

г) 400-500

**104. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ**

а) витамина d

б) витамина с

в) витамина а

г) витаминов группы в

**105. РЕЖИМ ДОЗИРОВКИ ВИТАМИНА Д ПРИ РАХИТЕ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ**

а) 2000-2500 ме в течение 30 дней

б) 500 ме в течение 45 дней

в) 500 ме в течение года

г) 300 ме в течение года

**106. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**

а) спазмофилии

б) гипервитаминозе д

в) гиперпаратиреозе

г) фосфат-диабете

**107. ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО:**

а) вялость

б) мышечная гипотония

в) жидкий стул

г) все перечисленное

**108. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**

а) гиперхолестеринемии

б) задержки дифференцировки костей скелета

в) остеопороза

г) полиурии

**109. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА У РЕБЕНКА ВАЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ДАННЫЕ, КРОМЕ:**

а) гипербилирубинемии

б) гипергликемии

в) глюкозурии

г) наличия ацетона в моче

**110. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С КЕТОАЦИДОЗОМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:**

а) наличия глюкозурии

б) лейкоцитоза

в) наличия ацетонурии

г) наличия гипергликемии

**111. У ДЕВОЧКИ 12-ТИ ЛЕТ ЗАДЕРЖКА РОСТА, МНОЖЕСТВЕННЫЕ МАЛЫЕ АНОМАЛИИ, КОРОТКАЯ ШЕЯ С КРЫЛОВИДНЫМИ СКЛАДКАМИ, ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

а) церебрально-гипофизарный нанизм

б) болезнь дауна

в) синдром шерешевского-гернера

г) конституциональная задержка полового и физического развития

**112. НОРМАЛЬНЫЙ ТИП ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ЭТО:**

а) гликемия натощак  $> 5,6$  ммоль/л, но  $< 6,1$  ммоль/л; через 2 часа после нагрузки глюкозой гликемия  $< 7,8$  ммоль/л

б) гликемия натощак  $< 5,5$  ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой  $< 7,8$  ммоль/л

в) гликемия натощак  $> 6,1$  ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой  $> 11,1$  ммоль/л

г) гликемия натощак  $< 6,1$  ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой  $> 7,8$  ммоль/л

**113. ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ИЗ СОСТОЯНИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ:**

а) преднизолон per os

- б) раствор рингера
- в) изотонический раствор на сl внутривенно капельно
- г) гидрокортизон гемисукцинат внутривенно капельно

**114. НАСТУПЛЕНИЕ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ НАЧИНАЕТСЯ С:**

- а) увеличения полового члена в длину
- б) увеличения яичек
- в) мутации голоса
- г) появления начального оволосения на лобке и аксилярной области

**115. ДЛЯ СИНДРОМА КЛЯЙНФЕЛЬТЕРА ХАРАКТЕРНО:**

- а) задержка роста
- б) высокорослость
- в) кариотип 46 ху
- г) короткая шея

**116. ДЛЯ СЕМЕЙНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ХАРАКТЕРНО:**

- а) нормальные сроки пубертата
- б) отставание в половом развитии
- в) костный возраст отстает от паспортного
- г) сниженный уровень стг, ттг, фсг, лг

**117. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НЕ ХАРАКТЕРНА**

- а) задержка психомоторного развития
- б) длительно существующая желтуха новорожденных
- в) сухость кожи
- г) диарея

**118. ДЛЯ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕ ХАРАКТЕРНО:**

- а) жажда
- б) учащенное мочеиспускание
- в) похудание

г) плаксивость

**119. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) ИМЕЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:**

а) гиперпигментации кожи

б) жёлтушности кожи

в) похудания

г) общей слабости

**120. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТТГ В КРОВИ:**

а) повышен

б) снижен

в) не изменен

г) не определяется

**121. НОРМАЛЬНЫЙ ТИП ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ЭТО:**

а) гликемия натощак  $> 5,6$  ммоль/л, но  $< 6,1$  ммоль/л; через 2 часа после нагрузки глюкозой гликемия  $< 7,8$  ммоль/л

б) гликемия натощак  $< 5,5$  ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой  $< 7,8$  ммоль/л

в) гликемия натощак  $> 6,1$  ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой  $> 11,1$  ммоль/л

г) гликемия натощак  $> 7,8$  ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой  $< 11,1$  ммоль/л

**122. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:**

а) вегето-сосудистая дистония

б) гастродуоденит

в) гипертоническая болезнь

г) сахарный диабет

**123. К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ:**

а) гипогликемическая кома

б) нефропатия

в) катаракта

г) полинейропатия

**124. ПРИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ:**

а) 5 ммоль\л

б) 8 ммоль\л

в) 15 ммоль\л

г) 10 ммоль\л

**125. О НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ СТАРШЕ:**

а) 11 лет

б) 13 лет

в) 15 лет

г) 12 лет

**126. УКАЖИТЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ИЗБЫТОЧНОГО ПОДКОЖНО-ЖИРОВОГО СЛОЯ ПРИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОМ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ:**

а) в области груди

б) на лице

в) равномерное распределение

г) в области живота

**127. ДЛЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:**

а) полиурия

б) астенизация

в) похудание

г) потливость

**128. ДЛЯ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕ ХАРАКТЕРНО:**

а) жажда

б) полиурия

в) экзофтальм

г) расчесы на коже

**129. ПРИ ВРОЖДЕННОМ НЕ ЛЕЧЕННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:**

а) полиурия

б) пастозность тканей

в) крупный язык

г) сухость кожи

**130. У ДЕВОЧКИ 3-Х ЛЕТ ПОЛИУРИЯ, ДЕФИЦИТ ВЕСА 10%, КОЖА И ЯЗЫК СУХИЕ, ГИПЕРЕМИЯ ЩЕК, ЗАПАХ АЦЕТОНА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ, ПЕЧЕНЬ +3 СМ. ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК — 12,8 ММОЛЬ/Л. В МОЧЕ 6% САХАРА ПРИ СУТОЧНОМ ДИУРЕЗЕ 2,5 ЛИТРА. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

а) почечная глюкозурия

б) инсулинозависимый сахарный диабет

в) несахарный диабет

г) нарушение толерантности к углеводам

**131. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) НАБЛЮДАЕТСЯ:**

а) тремор рук

б) судороги

в) повышенный аппетит

г) гиперпигментация кожи

**132. ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

а) определение уровня ттг, т3, т4 в плазме

б) определение уровня ттг, в плазме

в) определение уровня ттг в сухом пятне крови

г) определение т4 в сухом пятне крови

**133. НОРМАЛЬНЫЙ ТИП ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ЭТО:**

а) гликемия натощак  $> 5,6$  ммоль/л, но  $< 6,1$  ммоль/л; через 2 часа после нагрузки глюкозой гликемия  $< 7,8$  ммоль/л

- б) гликемия натощак < 5,5 ммоль\л, через 2 часа после нагрузки глюкозой < 7,8 ммоль\л
- в) гликемия натощак > 6,1 ммоль\л, через 2 часа после нагрузки глюкозой > 11,1 ммоль\л
- г) гликемия натощак < 5,6 ммоль\л; через 2 часа после нагрузки глюкозой гликемия > 7,8 ммоль\л

**134. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:**

- а) гипогликемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия
- б) гипогликемия, гипернатриемия, гиперхлоремия, гипокалиемия
- в) повышенный уровень кортизола в плазме и повышенный уровень актг
- г) сниженный уровень кортизола в плазме и сниженный уровень актг

**135. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ:**

- а) снижение продукции глюкокортикостероидов
- б) повышение продукции глюкокортикостероидов
- в) повышение продукции минералокортикоидов
- г) снижение продукции адреналина и норадреналина

**136. ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, НАХОДЯЩЕМСЯ В КОМЕ, ЕСЛИ НЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛИТЬ ГЛИКЕМИЮ, СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ:**

- а) короткий инсулин в\венно струйно
- б) бикарбонат натрия в виде клизмы
- в) 20% р-р глюкозы в\венно струйно
- г) 5% р-р глюкозы в\венно капельно

**137. ЗАДЕРЖКА РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ:**

- а) при рождении
- б) на 1-м году жизни
- в) в 2-4 года
- г) в пубертате

**138. О ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

**ПОЯВЛЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ДЕВОЧЕК МОЛОЖЕ:**

- а) 8 лет
- б) 9 лет
- в) 11 лет
- г) 13 лет

**139. ДИАГНОЗ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ДАННЫМИ:**

- а) снижение удельной плотности мочи  $< 1010$
- б) снижение удельной плотности мочи  $< 1005$
- в) глюкозурия
- г) гипернатриемия

**140. СИМПТОМЫ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ:**

- а) гермафродитное строение гениталий у девочек
- б) запоры
- в) гиперпигментация крупных складок и ареол
- г) жидкий стул

**141. ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- а) определение уровня ттг, т3, т4 в плазме
- б) определение уровня ттг, в плазме
- в) определение уровня ттг в сухом пятне крови
- г) определение т4 в сухом пятне крови

**142. ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ ЗАДЕРЖАНО ПРИ ОТСУТСТВИИ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ:**

- а) у девочек – в 14 лет; у мальчиков – в 16 лет
- б) у девочек – в 13 лет; у мальчиков – в 14 лет
- в) у девочек – в 14-15 лет; у мальчиков – в 12-13 лет
- г) у девочек – в 12-13 лет; у мальчиков – в 10-11 лет

**143. КАРИОТИП ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА:**

- а) 45х0
- б) 46 хх
- в) 46ху
- г) 47хху

**144. ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ НАЧИНАЕТ СНИЖАТЬ ГЛЮКОЗУ КРОВИ ЧЕРЕЗ:**

- а) 1 час
- б) 2,5 часа
- в) 30 минут
- г) 45 минут

**145. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а) избыток инсулина
- б) избыток глюкагона
- в) дефицит инсулина
- г) дефицит глюкагона

**146. ПРИ НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ:**

- а) менее 8 ммоль/л
- б) более 11 ммоль/л
- в) 8-11 ммоль/л
- г) 6,6-7,8 ммоль/л

**147. ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ НЕ ЛЕЧЕННОМ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ:**

- а) замедляется
- б) не изменяется
- в) ускоряется
- г) не зависит от терапии

**148. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ:**

- а) мерказолил
- б) супрастин
- в) тироксин
- г) ноотропные препараты

**149. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТИРОКСИНОМ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ТТГ:**

- а) до 20 мке/мл
- б) 20-50 мке/мл
- в) 50-100 мке/мл
- г) более 100 мке/мл

**150. У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ:**

- а) ускорение костного возраста по отношению к паспортному
- б) отставание костного возраста по отношению к паспортному
- в) костный возраст соответствует паспортному
- г) отставание костного возраста по отношению к паспортному только у девочек

**151. Группы риска граждан для расширения добровольного тестирования на ВИЧ-инфекцию:**

- а) Лица, направляемые на оперативные вмешательства
- б) Лица, направляемые на эндоскопические исследования
- в) Женщины, находящиеся в послеродовом периоде
- г) Все медицинские работники при прохождении медицинского осмотра

**152. Рекомендуются в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:**

- а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ
- б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля
- в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую

консультацию по беременности

г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

**153. Направление ВИЧ-негативных женщин на обследование к антителам ВИЧ в послеродовом периоде проводит:**

а) Врач-акушер-гинеколог

б) Врач-педиатр в рамках диспансеризации детей в возрасте от 6 до 12 месяцев

в) Участковый терапевт

г) Врач-инфекционист Центра СПИД

**154. Код обследования детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями:**

а) 124

б) 120

в) 118

г) 113

**155. Первое диагностическое исследование методом ПЦР у детей, рожденных ВИЧ-инфицированной матерью, проводится:**

а) в возрасте 4 - 6 месяцев

б) в возрасте 1,5 - 2 месяца

в) в возрасте 12 месяцев

г) в возрасте 18 месяцев

**156. Ранние признаки ВИЧ-инфекции у детей:**

а) пневмоцистная пневмония

б) гнойные поражения кожи на фоне дерматита или экземы

в) задержка роста, нарушение прибавки массы тела, отставание в психомоторном развитии

г) лихорадка, генерализованные формы тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний

**157. При выявлении ВИЧ-инфекции у матери:**

а) Необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию всех детей в данной семье/у данной матери

б) Достаточно обследовать только полового партнера

- в) Необходимо обследовать только несовершеннолетних первого года рождения
- г) Остальные члены семьи не подлежат обследованию

**158. При выявлении ВИЧ-инфекции у ребенка:**

- а) Необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию мать и отца ребенка, а также всех детей в данной семье/у данных родителей
- б) Необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию мать несовершеннолетнего
- в) Необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию мать несовершеннолетнего
- г) Необходимо обследовать мать и отца несовершеннолетнего

**159. Медотвод от БЦЖ-м ребенку, рожденному ВИЧ-инфицированной матерью, устанавливается на срок:**

- а) 2 месяца
- б) 18 месяцев
- в) пожизненно
- г) 6 месяцев

**160. Снятие диспансерного учета по перинатальному контакту по ВИЧ-инфекции по решению врачебной комиссии при одновременном наличии двух и более отрицательных результатов ИФА, ДНК или РНК ВИЧ, отсутствия гипогаммаглобулинемии, клинических проявлений и грудного вскармливания производится в возрасте:**

- а) 18 месяцев
- б) 15 месяцев
- в) 12 месяцев
- г) 6 месяцев