

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«Диабетология»
Вторая категория**

1. В определение общественного здоровья, принятое ВОЗ, входят элементы:

- a) физическое, социальное и психологическое благополучие;
- b) возможность трудовой деятельности;
- c) наличие или отсутствие болезней;
- d) наличие благоустроенного жилища;
- e) наличие оплачиваемого отпуска.

2. Национальная система социальной защиты населения включает в себя:

- a) социальное обеспечение в случае стойкой утраты трудоспособности;
- b) доступная медицинская помощь;
- c) социальное обеспечение в случае временной утраты трудоспособности;
- d) благотворительность;
- e) обязательное медицинское страхование.

3. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет:

- a) средств местной администрации;
- b) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений;
- c) средств граждан;
- d) средств государственных предприятий и учреждений;
- e) благотворительных фондов.

4. К лицензированию медицинского учреждения относятся:

- a) определение видов медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ;
- b) выдача больничных документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования;
- c) определение объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ;
- d) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам;
- e) оценка степени квалификации медицинского персонала.

5. Основными обязанностями поликлинического эндокринолога и диабетолога при оказании лечебно-профилактической помощи населению являются:

- a) оказание своевременной эндокринологической помощи;
- b) проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- c) диспансерное наблюдение больных;
- d) транспортировка госпитализируемых больных;
- e) профилактические осмотры населения.

6. Основанием допуска к медицинской деятельности являются следующие документы:

- a) диплом об окончании высшего или средне-специального медицинского учреждения;

- b) лицензия;
- c) сертификат специалиста;
- d) свидетельство об окончании курсов о повышении квалификации;
- e) наличие ученой степени.

7. Сертификат врача эндокринолога (диабетолога) действителен в течение:

- a) 1 года;
- b) 2 лет;
- c) 3 лет;
- d) 5 лет;
- e) 10 лет.

8. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- a) защиты внутреннего мира человека и его автономии;
- b) охраны от манипуляций со стороны внешних сил;
- c) защиты социальных и экономических интересов личности;
- d) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач-пациент";
- e) поддержания престижа медицинской профессии.

9. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:

- a) заболеваемость;
- b) инвалидность;
- c) трудовая активность;
- d) рождаемость;
- e) смертность.

10. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся:

- a) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении;
- b) показатель частоты рецидивов;
- c) полнота охвата диспансерным наблюдением;
- d) показатель систематичности наблюдений;
- e) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на диспансерном наблюдении.

11. При исследовании гормонального статуса у больных, страдающих остеопорозом, наиболее целесообразно исследование:

- a) кальцитонина
- b) ПТГ
- c) гастрин и гормона роста
- d) витамина ДЗ
- e) эстрадиола и гонадотропинов

12. В патогенезе развития первичного остеопороза решающее значение имеет:

- a) прекращение овариальной функции в менопаузе
- b) снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
- c) снижение овариальной функции в течение жизни

- d) нарушение функции гомеостаза кальция
- e) генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани

13. В профилактике инволюционного остеопороза наиболее рациональным является:

- a) прием препаратов кальция с момента становления менопаузы
- b) прием препаратов витамина Д
- c) увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция
- d) назначение эстрогенсодержащих препаратов
- e) диета с низким содержанием белка

14. При лабораторном обследовании больных, страдающих остеомалацией, может быть обнаружено:

- a) повышение уровня экскреции оксипролина
- b) повышение уровня кальция и фосфора в крови
- c) повышение уровня общего белка и диспротеинемия
- d) лейкоцитоз
- e) понижение соотношения Са/креатинин

15. Раньше всего костная плотность снижается в следующих участках скелета:

- a) позвоночник
- b) тазобедренный сустав
- c) голень
- d) предплечье
- e) крестец

16. Для клинических проявлений остеопороза в менопаузе характерно следующее:

- a) снижение роста до 10-12 см;
- b) болевой синдром с преимущественным поражением позвоночного столба;
- c) изменение походки;
- d) искривление позвоночного столба;
- e) деформация грудной клетки.

17. При дифференциальной диагностике остеопений должны быть учтены следующие состояния:

- a) остеопороз;
- b) остеомалация;
- c) гиперпаратиреоз;
- d) миеломная болезнь;
- e) тиреотоксикоз.

18. В определение понятия "osteopenia" входят:

- a) остеопороз;
- b) остеомалация;
- c) остеолит;

- d) остеоартроз;
- e) ревматоидный полиартрит.

19. Антирезорбтивным эффектом обладают следующие препараты:

- a) бифосфонаты;
- b) флавоноиды;
- c) кальцитонин;
- d) препараты кальция;
- e) препараты витамина Д.

20. Для клинических проявлений остеопороза характерно:

- a) деформация грудной клетки;
- b) искривление конечностей;
- c) выраженный болевой синдром;
- d) наличие патологических переломов;
- e) наличие грыж Шморля.

21. В процентном соотношении количество белка коллагена-1 в кости здорового человека составляет:

- a) 85-90%
- b) 80-85%
- c) 10-15%
- d) 1-5%
- e) 0,1-0,5%

22. Процент содержания кальция в скелете составляет:

- a) 10%
- b) 90%
- c) 99%
- d) 80%
- e) 50%

23. Часть усвоенного кальция, выделяющаяся с мочой, составляет:

- a) 1%
- b) 2%
- c) 10%
- d) 20%
- e) 50%

24. Основной биологический эффект кальцитонина - это:

- a) ингибирование остеобластов
- b) ингибирование остеокластов
- c) синтез ПТГ
- d) синтез остеоцитов
- e) ингибирование витамина Д

25. Снижение костной плотности чаще всего отмечается при

- a) сахарном диабете;
- b) ревматоидном артрите;
- c) хронической почечной недостаточности;
- d) ожирении;
- e) хронических неспецифических заболеваниях легких.

26. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при:

- a) инфекции, лихорадке;
- b) заболевании желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания;
- c) поражении печеночной паренхимы;
- d) синдроме Нонена (Нунана);
- e) синдроме Клайнфельтера.

27. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести:

- a) оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели;
- b) оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии;
- c) выявление гестационного диабета;
- d) необходимую коррекцию лечебных мероприятий;
- e) оценку уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней).

28. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать:

- a) тестирующие полоски (глюкотест, тесттайп, биофан и др.);
- b) исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой;
- c) сочетание укороченного СТГ с определением сахара в крови;
- d) определение гликемии только натощак;
- e) определение гликированного гемоглобина.

29. Уровень инсулина в сыворотке крови чаще всего бывает:

- a) снижен при сахарном диабете 1 типа;
- b) повышен при сахарном диабете 2 типа;
- c) снижен в I фазу стимулированной секреции (при пробах с глюкозой) при сахарном диабете 2 типа;
- d) значительно снижен при сахарном диабете 2 типа;
- e) повышен после стимуляции глюкозой при сахарном диабете 1 типа.

30. Глюкозурия может быть следствием:

- a) почечного диабета;
- b) беременности;
- c) заболевания почек (пиелонефрита, хронического нефрита, нефроза);
- d) хронического гепатита;
- e) гипотиреоза.

31. Овощи и фрукты содержат:

- a) витамины;
- b) микро- и макроэлементы;
- c) клетчатку;
- d) сорбит;
- e) ксилит.

32. Добавление в рацион пищевой клетчатки способствует:

- a) снижению базальной и постпрандиальной гипергликемии;
- b) уменьшению содержания холестерина и триглицеридов в сыворотке крови;
- c) нормализации функции кишечника;
- d) отсутствию влияния на эндогенный синтез витаминов;
- e) повышению АД.

33. Абсолютными показаниями для инсулинотерапии являются:

- a) обострение ишемической болезни сердца;
- b) кетоацидоз, диабетическая кома;
- c) хронический пиелонефрит;
- d) беременность и роды;
- e) отсутствие эффекта от диетотерапии.

34. При наличии аллергии на инсулин следует рекомендовать:

- a) антигистаминную терапию;
- b) нагревание флакона с инсулином при температуре 60^oC в течение часа;
- c) кортикостероидную терапию;
- d) увеличение дозы вводимого инсулина;
- e) уменьшение дозы вводимого инсулина.

35. К осложнениям, вызываемым введением инсулина, относятся:

- a) нарушение аккомодации;
- b) отеки;
- c) гипогликемии;
- d) аллергические реакции;
- e) липодистрофии.

36. К развитию гипогликемии могут привести:

- a) нарушение режима питания;
- b) повышение физической активности;
- c) стрессовые ситуации;
- d) прием алкоголя;
- e) передозировка инсулина.

37. Гипогликемические реакции устраняются:

- a) в-адреноблокаторами;
- b) внутривенным вливанием глюкозы;

- с) внутримышечной инъекцией кломифена;
- д) внутримышечной инъекцией глюкагона;
- е) употреблением алкоголя.

38. Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов включает:

- а) уменьшение числа тканевых рецепторов инсулина;
- б) стимуляцию секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы;
- с) увеличение продукции глюкагона;
- д) увеличение чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину;
- е) уменьшение абсорбции глюкозы в кишечнике.

39. Абсолютными противопоказаниями для назначения сахароснижающих препаратов сульфаниламочевины являются:

- а) кетоацидоз;
- б) беременность, роды, лактация;
- с) заболевание крови (лейкопения, тромбоцитопения);
- д) диабетическая нефропатия III стадии;
- е) цирроз печени.

40. Побочные эффекты сульфаниламидов включают:

- а) желудочно-кишечные проявления;
- б) аллергические реакции;
- с) токсические нарушения функции печени;
- д) потерю массы тела;
- е) повышение тромбоцитов, лейкоцитов.

41. Механизм сахароснижающего эффекта бигуанидов включает:

- а) стимуляцию секреции инсулина б-клетками;
- б) повышение утилизации глюкозы мышечной тканью;
- с) увеличение активации глюконеогенеза;
- д) потенцирование инсулинового действия;
- е) повышение глюкозы в печени.

42. Побочный эффект бигуанидов включает:

- а) молочнокислый ацидоз;
- б) аллергические кожные реакции;
- с) диспепсические реакции;
- д) гипогликемические реакции;
- е) повышение аппетита.

43. Дозированные физические упражнения при сахарном диабете способствуют:

- а) снижению уровня гликемии;
- б) снижению дозы вводимого инсулина;
- с) повышению чувствительности организма к инсулину;

- d) снижению риска возникновения сердечных заболеваний;
- e) снижению массы тела.

44. Противопоказанием для назначения бигуанидов является:

- a) беременность;
- b) умеренная лейкопения;
- c) кетоацидоз;
- d) ожирение;
- e) инсулинорезистентность.

45. К бигуанидам относятся:

- a) глюкофаж;
- b) гликвидон;
- c) диботин;
- d) глимепирид;
- e) глибенос.

46. К группе риска по гестационному диабету относятся женщины, имеющие:

- a) гестационный диабет в период предыдущей беременности;
- b) рождение предыдущего ребенка весом менее 3-х кг;
- c) неблагоприятный акушерский анамнез;
- d) возраст 20-25 лет;
- e) ИМТ 20-25 кг/м².

47. Беременным женщинам, имеющим факторы риска по гестационному диабету, скрининговый тест на выявление нарушения углеводного обмена проводится:

- a) на 2-4 неделе беременности;
- b) на 5-8 неделе беременности;
- c) на 9-12 неделе беременности;
- d) при первом обращении;
- e) на 20-24 неделе беременности.

48. В развитии симптома дыхательной недостаточности плода играют роль:

- a) гиперинсулинемия плода;
- b) недостаточная продукция легочной тканью сурфактанта;
- c) снижение активности кортизола на ферменты, участвующие в синтезе лецитина;
- d) повышение активности СГГ;
- e) снижение продукции АКТГ

49. Гормональная деятельность плаценты может способствовать:

- a) нарушению толерантности к углеводам у женщин;
- b) почечной глюкозурии;
- c) нарушению развития плода;
- d) снижению липидов;
- e) снижению кетоновых тел.

50. Прерывание беременности при сахарном диабете на ранних сроках может быть обусловлено:

- a) декомпенсацией сахарного диабета;
- b) кетоацидозом;
- c) урогенитальной инфекцией;
- d) недостаточной функцией плаценты;
- e) предшествующей беременности дисфункцией яичников.

51. Многоводие при сахарном диабете способствует:

- a) утяжелению течения беременности;
- b) повышению активности хорионического гонадотропина;
- c) повышению угрозы гибели плода;
- d) увеличению гиперпродуцирующей функции плаценты;
- e) гипoinsулинемии.

52. Диабетическая фетопатия характеризуется:

- a) большой массой тела рожденного ребенка;
- b) множественными пороками развития плода;
- c) осложнением течения периода новорожденности (частые респираторные нарушения);
- d) угрозой для жизни ребенка во время родов (асфиксия, травма головы, туловища, гипоксия, гипогликемия);
- e) перинатальной смертностью.

53. Беременным женщинам с нарушением толерантности к углеводам назначают:

- a) бигуаниды;
- b) диету с полным исключением легко усваиваемых углеводов;
- c) сохранения трудоспособности;
- d) гликемия после еды (через 1 час) не выше 7,8 ммоль/л;
- e) гликемия перед каждым приемом пищи не выше 5,5 ммоль/л.

54. В быстром прогрессировании атеросклероза у больных сахарным диабетом играют роль:

- a) эндогенная или экзогенная гиперинсулинемия;
- b) нарушение липидного обмена;
- c) снижение липолитической активности сосудистой стенки;
- d) прогрессирующее ожирение;
- e) повышение агрегации тромбоцитов на субэндотелиальном уровне.

55. Особенности клинического течения инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом являются:

- a) возникновение распространенных инфарктов;
- b) явления сердечной недостаточности;
- c) часто наблюдаемые тромбоэмболические осложнения;
- d) отсутствие повторных инфарктов;
- e) типичная клиника инфарктов с выраженным болевым синдромом.

56. Признаками безболевого инфаркта миокарда может быть:

- a) внезапное возникновение сердечной недостаточности;
- b) развитие отека легких;
- c) нарушение сердечного ритма;
- d) снижение гликемии;
- e) бронхоспазм.

57. Стенокардия при сахарном диабете нередко протекает атипично, проявляясь:

- a) потливостью;
- b) слабостью;
- c) сердцебиением;
- d) одышкой;
- e) отсутствием боли.

58. Особенности лечения больных диабетом с атеросклерозом, инфарктом миокарда, ишемической болезнью сердца - это:

- a) максимально возможная компенсация сахарного диабета;
- b) борьба с ожирением, нормализация массы тела;
- c) устранение гипертензии и гиперлипидемии;
- d) хроническая передозировка инсулина;
- e) инсулинотерапия как основной вид компенсации диабета 2 типа.

59. Неблагоприятный прогноз сахарного диабета наиболее вероятен при развитии:

- a) диабетических коматозных состояний;
- b) инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения;
- c) диабетической гангрены;
- d) гестационного диабета;
- e) инсулинорезистентности.

60. Умеренный молочнокислый ацидоз может наблюдаться у практически здоровых людей при:

- a) физической нагрузке;
- b) введении пирувата и бикарбоната;
- c) введении инсулина или адреналина;
- d) длительного покоя;
- e) введении половых гормонов.

61. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется:

- a) тошнотой, рвотой;
- b) олигурией вплоть до анурии;
- c) дыханием Куссмауля, одышкой;
- d) выраженной артериальной гипертензией;
- e) повышением температуры тела.

62. Гиперлактацидемическую кому следует дифференцировать с:

- a) почечной недостаточностью;
- b) печеночной недостаточностью;
- c) медикаментозный лактацидозом;
- d) язвенной болезнью;
- e) язвенным колитом.

63. Развитию гиперосмолярной комы способствует:

- a) недостаточная компенсация сахарного диабета;
- b) длительное лечение мочегонными и стероидными препаратами;
- c) недостаточный прием белков;
- d) избыточное введение жиров.

64. Клиническая симптоматика гиперосмолярной комы проявляется:

- a) гипертензией;
- b) признаками дегидратации;
- c) отсутствием различных неврологических нарушений;
- d) нарушением функций сердечно-сосудистой системы;
- e) брадикардией.

65. В отличие от кетоацидотической комы при гиперосмолярной наблюдается:

- a) дыхание Куссмауля;
- b) запах ацетона изо рта;
- c) ацетонурия;
- d) неврологическая симптоматика;
- e) нормальный уровень сахара в крови.

66. Профилактические мероприятия при гиперосмолярной коме включают:

- a) профилактику отека мозга;
- b) избежание сердечно-сосудистой недостаточности;
- c) профилактику возможных тромбоэмболии и тромбозов;
- d) профилактику гиповолемического шока;
- e) профилактику инсульта.

67. Гипогликемическая кома характеризуется:

- a) быстрым развитием коматозного состояния;
- b) понижением температуры тела;
- c) тахикардией;
- d) медленным развитием комы;
- e) отсутствием тонических или клонических судорог.

68. Наличие гипогликемической комы в отличие от кетоацидотической подтверждают на основании:

- a) быстрого внезапного развития тяжелого состояния;
- b) ровного дыхания;
- c) нормального или повышенного тонуса глазных яблок и скелетных мышц;

- d) нормального или повышенного содержания холестерина;
- e) сниженного артериального давления.

69. При гипогликемической коме проводят:

- a) струйное внутривенное введение 40% раствора глюкозы (40-100 мл);
- b) внутривенное капельное введение 5-10% раствора глюкозы;
- c) подкожное внутривенное или внутримышечное введение 1 мг глюкагона;
- d) внутривенное введение 0,45% раствора глюкозы;
- e) внутривенное введение раствора Рингера.

70. Наиболее характерный морфологический признак диабетической микроангиопатии:

- a) утолщение базальной мембраны капилляров
- b) лимфоидная инфильтрация эндотелия
- c) отложение избыточного количества PAS-положительных веществ в гладкомышечных клетках артерий
- d) дегенеративные изменения соединительной ткани
- e) истончения базальной мембраны капилляров

71. Хроническая гипергликемия приводит к:

- a) снижению вязкости крови
- b) замедлению процессов неферментативного гликозилирования белков
- c) повышению активности полиолового пути утилизации глюкозы
- d) повышению активности эндогенных антиоксидантных систем
- e) избыточному образованию оксида азота (NO) в эндотелиальных клетках

72. Наиболее часто при сахарном диабете в печени можно обнаружить:

- a) хронический гепатит
- b) первичный рак печени
- c) цирроз печени
- d) жировую инфильтрацию печени
- e) белковую дистрофию печени

73. Риск развития сахарного диабета 2 типа повышен у:

- a) людей, часто болеющих вирусными инфекциями;
- b) женщин, родивших ребенка массой более 4,5 кг;
- c) людей, в возрасте до 1 года получавших коровье молоко;
- d) людей с ожирением;
- e) людей с гиперхолестеринемией.

74. Кожные проявления при сахарном диабете 1 типа характеризуются наличием:

- a) диабетического пузыря;
- b) фурункулеза, карбункулеза;
- c) диабетической эпидермофитии;
- d) витилиго;
- e) липоидного некробиоза.

75. Маркером диабетической ретинопатии при офтальмоскопии является:

- a) извитость сосудов на глазном дне
- b) микроаневризмы
- c) мелкоточечные кровоизлияния
- d) твердые экссудаты
- e) ватные очаги

76. Для непролиферативной диабетической ретинопатии характерны симптомы:

- a) кровоизлияния;
- b) микроаневризмы;
- c) дилатация и окклюзия капилляров;
- d) удвоение вен;
- e) интравитреальные микрососудистые аномалии.

77. Основными причинами слепоты при сахарном диабете являются:

- a) диабетическая макулопатия;
- b) аномалии артерий и вен;
- c) пролиферативная ретинопатия;
- d) ватные очаги;
- e) интравитреальные микрососудистые аномалии.

78. Безотлагательное проведение лазерной фотокоагуляции необходимо при:

- a) периферической форме неоваскуляризации сетчатки;
- b) макулярном отеке;
- c) обширном разрастании соединительной ткани на поверхности сетчатки;
- d) центральной форме неоваскуляризации сетчатки;
- e) образовании эпиретинальных мембран.

79. При сахарном диабете 2 типа первый осмотр глазного дна необходимо проводить:

- a) не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания
- b) у всех пациентов - сразу после выявления сахарного диабета 2 типа
- c) не позднее, чем через 1 год после диагностики заболевания
- d) не позднее, чем через 6 месяцев после выявления сахарного диабета 2 типа
- e) у лиц с повышенным АД - сразу после выявления сахарного диабета 2 типа, у остальных пациентов - не позднее, чем через 2 года после диагностики заболевания

80. Что является доминирующим в клинической картине инсулиномы:

- a) гипергликемия и гиперинсулинемия
- b) гипогликемия и инсулинорезистентность
- c) гиперинсулинемия и инсулинорезистентность
- d) гипогликемия и гиперинсулинемия
- e) гиперинсулинемия

81. К системным эффектам соматостатиномы относятся следующие:

- a) торможение секреции инсулина;
- b) торможение секреции панкреатических ферментов;
- c) снижение секреции соляной кислоты в желудке;
- d) избыточная секреция соматостатина;
- e) сокращение желчного пузыря.

82. При лечении диабетической комы начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного введения на 1 кг массы тела составляет:

- a) 100 ед/час
- b) 50 ед/час
- c) 25 ед/час
- d) 2-4 ед/час
- e) 0,1-0,2 ед/час

83. В первые сутки лечения диабетической комы при отсутствии сердечно-сосудистой патологии следует вводить жидкость в объеме, равном:

- a) 5% массы тела
- b) 4-6 л
- c) 2 л
- d) 1 л
- e) 50 мл/кг массы тела

84. Для сахарного диабета 1 типа характерно:

- a) острое начало заболевания;
- b) склонность к кетоацидозу
- c) снижение уровня инсулина в сыворотке крови;
- d) инсулинорезистентность;
- e) снижение потребности в инсулине на фоне интеркуррентных заболеваний.

85. Для развития сахарного диабета 1 типа характерны следующие иммунологические нарушения:

- a) воспалительная реакция;
- b) инфильтрация лейкоцитов вокруг бета-клеток;
- c) преобладание активированных Т-лимфоцитов;
- d) наличие активированных Т-Лимфоцитов;
- e) наличие антител к глютаматдекарбоксилазе.

86. Составляющими факторами интегрального показателя гликемии - HbA1c являются:

- a) гликемия до еды;
- b) поступление глюкозы с пищей;
- c) продукция глюкозы печенью;
- d) секреция инсулина;
- e) чувствительность к инсулину на уровне печени и периферических тканей;

87. Развитию гипогликемии способствуют:

- a) слишком большая доза инсулина;
- b) слишком низкое потребление глюкозы с пищей;
- c) усиленная утилизация глюкозы;
- d) повышенная чувствительность тканей к инсулину;
- e) нарушение гормональной контррегуляции.

88. К вегетативным симптомам гипогликемии относятся:

- a) дрожь;
- b) сердцебиение;
- c) раздражительность;
- d) чувство голода;
- e) потливость.

89. На абсорбцию инсулина влияют:

- a) место инъекции;
- b) глубина инъекции;
- c) вид и доза инсулина;
- d) физические упражнения;
- e) разогревание места инъекции.

90. Маркерами относительного риска развития сахарного диабета 1 типа являются:

- a) наличие диабета у родственников;
- b) молекулярно-генетические;
- c) наследственные синдромы;
- d) пубертатный период;
- e) другие аутоиммунные заболевания.

91. Установленными дефектами секреции инсулина при сахарном диабете 2 типа являются:

- a) нарушение ранней фазы в секреции инсулина в ответ на внутривенное введение глюкозы;
- b) снижение или отсутствие секреции инсулина в ответ на прием пищи;
- c) отсутствие возврата к базальному уровню между приемами пищи;
- d) нарушение пульсового характера секреции инсулина;
- e) гиперинсулинемия.

92. Наиболее частые причины инсулинорезистентности - это:

- a) контринсулярные гормоны;
- b) антитела к инсулину;
- c) антитела к рецепторам инсулина;
- d) измененные молекулы инсулина;
- e) измененная структура рецептора инсулина.

93. Повышение уровня гликированного гемоглобина на 1% ведет к увеличению риска развития:

- a) смерти, связанной с диабетом;

- b) инфаркта миокарда;
- c) заболеваний периферических сосудов;
- d) микрососудистых заболеваний;
- e) необходимости экстракции катаракты.

94. Факторами, ограничивающими наши возможности в достижении хорошего гликемического контроля при сахарном диабете 2 типа, являются:

- a) патогенез до конца не ясен;
- b) пожилой возраст;
- c) ожирение;
- d) наличие осложнений;
- e) хроническое течение и прогрессивное уменьшение функции бета-клеток.

95. Для улучшения постпрандиальной гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа используются следующие диетологические методы:

- a) снижение потребления углеводов;
- b) дробный прием углеводов;
- c) потребление углеводов согласно 24-часовому профилю глюкозы;
- d) потребление клетчатки;
- e) потребление продуктов с низким гликемическим индексом.

96. Нежелательными эффектами инсулинотерапии сахарного диабета 2 типа являются:

- a) прибавка массы тела;
- b) усиление чувства голода;
- c) увеличение задержки натрия;
- d) гиперинсулинемия;
- e) усиление риска развития гипогликемии.

97. Гиперинсулинемия способствует повышению уровня АД посредством:

- a) повышения активности симпато-адреналовой системы;
- b) повышения реабсорбции натрия в проксимальных канальцах почек;
- c) усиления пролиферации гладкомышечных клеток сосудов;
- d) блокады активности Na-K-АТФазы и Ca-Mg-АТФазы;
- e) снижения чувствительности сосудистой стенки к вазодилаторному действию инсулина.

98. В качестве критерия диагностики и эффективности лечения артериальной гипертензии следует использовать:

- a) уровень систолического АД;
- b) уровень диастолического АД;
- c) уровень пульсового АД;
- d) уровни систолического и диастолического АД;
- e) уровень ночного снижения АД.

99. Оптимальный уровень АД в "период бодрствования":

- a) менее 120\70 мм рт. ст;

- b) менее 135\85 мм рт. ст;
- c) менее 160\90 мм рт. ст;
- d) менее 140\90 мм рт. ст;
- e) менее 150\90 мм рт. ст.

100. Препаратами, способными при длительном применении вызвать нарушение толерантности к глюкозе, являются:

- a) фуросемид;
- b) гипотиазид;
- c) урегид;
- d) индопамид;
- e) ренитек.