



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология
Квалификация (специальность)	Врач-эндокринолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра факультетской терапии имени профессора в.я. гармаша

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Урясьев Олег Михайлович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Твердова Людмила Васильевна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Якушин Сергей Степанович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Филиппов Евгений Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 № 100 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

Задачами государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации

Универсальные компетенции (УК):

УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространение заболеваний, их раннюю диагностику, выяснения причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК-2: готовность к осуществлению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

ПК-3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков.

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

ПК-6: готовность к лечению и ведению пациентов нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи.

ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

ПК-10: готовность к применению новых принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ПК-12: готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-

методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен по специальности 31.08.53 Эндокринология включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен.

Диабетология и опухоли островкового аппарата поджелудочной железы.

Анатомия и физиология поджелудочной железы.

Патофизиология: эффект дефицита инсулина.

Эпидемиология сахарного диабета.

Этиология и патогенез сахарного диабета типа 1.

Этиология и патогенез сахарного диабета типа 2

Иммунологические аспекты патогенеза сахарного диабета типа 1.

Клиническая картина сахарного диабета.

Диабетическая микроангиопатия.

Диабетическая нейропатия.

Нарушения липидного обмена при сахарном диабете.

Биохимические критерии дислипидемии.

Диабетическая макроангиопатия: частота, патогенез, клинические проявления, их особенности при сахарном диабете.

Сахарный диабет и артериальная гипертония.

Синдром диабетической стопы: клиника, классификация, лечение.

Сахарный диабет и беременность.

Инсулинотерапия сахарного диабета типа 1.

Инсулинотерапия сахарного диабета типа 2. Критерии назначения инсулинотерапии при сахарном диабете типа 2.

Режимы инсулинотерапии: в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами, монотерапия препаратами инсулина.

Особенности лечения сахарного диабета у пожилых пациентов.

Особенности ведения больных сахарным диабетом при хирургических вмешательствах.

Диабетические гипергликемические комы: кетоацидотическая, гиперосмолярная, лактацидотическая.

Синдром гипогликемии. Гипогликемическая кома. Сочетание биохимической гипогликемии и клинической симптоматики.

Организация медицинской помощи и обучение больных сахарным диабетом. Проведение школ для пациентов сахарным диабетом в условиях поликлиники.

Антигипертензивная терапия больных сахарным диабетом типа 2: особенности выбора препаратов, рациональные комбинации.

Опухоли островкового аппарата поджелудочной железы. Глюкагонома. Соматостатинома. Инсулинома.

Тиреоидология.

Анатомия, физиология, принцип ауторегулирования щитовидной железы. Этапы биосинтеза тироидных гормонов.

Классификация заболеваний щитовидной железы.

Синдром тиреотоксикоза. Эндокринная офтальмопатия (механизм развития, клинические проявления – экзофтальм, периорбитальный отек, поражение экстраокулярных мышц; клиническая классификация.

Классификация тиростатических препаратов по механизму действия.

Тиреоидиты. Острый (гнойный) тиреоидит. Подострый тиреоидит де Кервена. Аутоимунный тиреоидит.

Эндемический зоб.

Гипотиреоз. Этиологические факторы. Классификация: врожденный, приобретенный.

Гипотиреоидная кома. Этиология. Патогенез. Прогноз.

Тактика ведения тиреотоксического криза и гипотиреоидной комы в условиях отделения реанимации.

Рак щитовидной железы.

Заболевания надпочечников.

Острая недостаточность коры надпочечников. (Синдром Уотерхауса - Фридериксена) Этиология. Патогенез. Лечение.

Заболевания мозгового вещества надпочечников.

Заболевания, обусловленные продукцией катехоламинов мозговым слоем – (феохромоцитома) и продукцией катехоламинов вне мозгового слоя надпочечников (параганглиома).

Нейроэндокринология.

Анатомия и физиология гипоталамуса и гипофиза, спектр гормонов.

Проведение биохимических исследований уровня гормонов гипофиза и гормональных проб при гипоталамо-гипофизарной патологии. Современные методы исследования функции гипоталамо-гипофизарной системы.

Болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Акромегалия и гигантизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

Гипофизарный нанизм. Гипопитуитаризм. Гипогонадотропный гипогонадизм.

Несахарный диабет. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Синдром гиперпролактинемии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Заболевания паращитовидных желез (гипер- и гипопаратироз).

Анатомия паращитовидных желез. Физиология фосфорно-кальциевого обмена.

Заболевания и состояния, сопровождающиеся развитием гиперкальциемии. Первичный гиперпаратиреоз.

Состояния, приводящие к гипокальциемии. Недостаточность секреции паратгормона.

Неотложные состояния при заболеваниях околощитовидных желез.

Эндокринные аспекты патологии костной ткани.

Остеопороз. Этиология и патогенез. Клинические формы. Диагностика остеопороза.

Остеомаляция. Дифференциальный диагноз остеопорозов и остеомаляций.

Медикаментозное лечение остеопороза. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.

Ожирение.

Анатомия жировой ткани.

Классификация ожирения. Патогенез ожирения

Лечение. Диета (низкая калорийность, сбалансированные и несбалансированные по составу диеты, монотонность диет-режима, психологическая установка на похудение). Физическая активность.

Фармакотерапия (аноректики, ингибиторы кишечной липазы, метформин, комбинации лекарственных средств). Показания, противопоказания. Дозировка. Схема лечения. Побочные эффекты. Осложнения фармакотерапии.

Хирургическое лечение.

Заболевания женских и мужских половых желез.

Анатомия и физиология репродуктивной системы.

Аменорея.

Климактерический синдром.

Синдром поликистозных яичников.

Мужской гипогонадизм. Эректильная дисфункция.

Процедура проведения государственного экзамена.

Обучающийся выбирает билет, который включает в себя вариант тестового задания, ситуационную задачу, задания по физикальному обследованию больного с эндокринной патологией, теоретический вопрос.

Демонстрация практических навыков проводится с участием пациентов эндокринологического отделения.

Время ответа на тестовые задания (100 вопросов) 60 мин.

Время подготовки к теоретическому ответу составляет 40 минут.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и

применении на практике содержания обучения;

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Перечень рекомендуемой литературы:

Основная учебная литература:

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. – М.:Геотар-Медиа, 2009. – 422с.
2. Сахарный диабет. Диагностика, лечение, профилактика. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. М.:МИА, 2011.–801с.
3. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. М.:МИА, 2011.–477с.
4. Эндокринология. Под ред. заслуж. врача РФ, заслуж. раб. высшей школы РФ В.В. Потемкина. М.:МИА, 2013. – 771с.
5. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. акад. РАН и РАМН И.И. Дедова, член.-корр. РАМН Г.А. Мельниченко. - М.:Геотар-Медиа, 2008. – 1064с.

Дополнительная учебная литература:

1. Акремегалия и гигантизм (электронный ресурс) /Аметов А.С., Доскина Е.В. /А.С.Аметов, Е.В. Доскина.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Алгоритмы диагностики и лечения гипоталамо-гипофизарных заболеваний: учебное пособие/ под ред. И.И.Дедова - М., 2011. – 28с.
3. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. М.:Геотар-Медиа, 2013. – 1031с.
4. Болезнь Иценко-Кушинга. Под ред. акад. РАН и РАМН И.И. Дедова, член.-корр. РАМН Г.А. Мельниченко. - М.:Принт, 2011. – 342с.
5. Синдром гиперандрогении в практике акушера-гинеколога, дерматолога и эндокринолога/Ю.Э. Доброхотова (и др.). – М.: Изд.группа «ГЭОТАР-Медиа», 2009.-101с.
6. Клиническая нейропсихология: учеб.пособие/ Н.К.Корсакова, Л.И.Московичюте.-2-е изд.-М.:Моск.центр «Академия», 2007.-142с.

7. Потемкин В.В., Старостина Е.Г. Неотложная эндокринология. Руководство для врачей. М.:МИА, 2008. – 393с.
- 8.Дубинина И.И., Твердова Л.В., Берстнева С.В. Современное лечение сахарного диабета. – Рязань, 2008. – 66с.
- 9.Дубинина И.И., Твердова Л.В., Берстнева С.В. Неотложные состояния в диабетологии. – Рязань, 2011. - 39с.
- 10.Дубинина И.И., Берстнева С.В. Эндемический зоб. – Рязань, 2009. – 29с.
- 6.Дубинина И.И., Твердова Л.В., Берстнева С.В. Тиреоидиты. Учебно-метод. пособие. Рязань, 2013.- 27 с.
7. Дубинина И.И., Твердова Л.В., Берстнева С.В. Редкая эндокринная патология. Учебно-метод. пособие. Рязань, 2015.- 46с.
8. Эндокринология. Том1. Заболевания щитовидной железы и надпочечников. Рук-во для врачей. Под ред. С.Б. Шустова. С.-П.:Спецлит, 2011. – 400с.
9. Эндокринология. Том2. Заболевания поджелудочной железы, паращитовидных и половых желез. Рук-во для врачей. Под ред. С.Б. Шустова. С.-П.:Спецлит, 2011. – 432с.

Научные журналы:

- «Проблемы эндокринологии»;
- «Сахарный диабет».
- «Клиническая и экспериментальная тиреоидология».
- «Ожирение и метаболизм»
- «Остеопороз и остеопатии»
- «Вестник репродуктивного здоровья»
- «Эндокринология: новости, мнения, обучение».

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины и подготовки к итоговой аттестации:

1. Российский национальный конгресс "Человек и лекарство"
www.chelovekilekarstvo.ru
2. Федеральное государственное бюджетное учреждение «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЭНДОКРИНОЛОГИИ» Министерства здравоохранения Российской Федерации
www.endocrincentr.ru
3. Ежеквартальный научно-практический медицинский рецензируемый журнал «Сахарный диабет» <https://endojournals.ru/index.php/dia>
4. Сайт для специалистов здравоохранения www.thyronet.ru
5. Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины - <http://www.osdm.org/index.php>
6. ЭБС «Консультант ординатора ВП», доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com

8. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>

9. Сайт «Формулярная система России». <http://www.formular.ru>

Примеры тестов с эталонами ответов:

1. Гормоны - это вещества, которые синтезируются в железах внутренней секреции и поступают непосредственно
 - а) в кровь
 - б) в лимфу
 - в) в спинномозговую жидкость
 - г) в мочу
 - д) в желудочно-кишечный тракт

2. Адренкортикотропный гормон (АКТГ) синтезируется
 - а) в гипофизе (в передней доле)
 - б) в гипоталамусе
 - в) в коре головного мозга
 - г) в мозжечке
 - д) в лимбической системе

3. Кортизол оказывает все перечисленные эффекты, кроме
 - а) усиления неоглюкогенеза
 - б) повышения глюкозы крови
 - в) увеличения распада белка
 - г) увеличения задержки натрия в почках
 - д) усиления воспалительной реакции организма

4. Для проведения «малой пробы» с дексаметазоном с целью исследования регуляции функции коры надпочечников по уровню кортизола используют дексаметазон в количестве
 - а) 1 мг
 - б) 1.5 мг
 - в) 2 мг
 - г) 3 мг
 - д) 4 мг

5. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:
 - а) улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
 - б) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
 - в) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
 - г) все вышеперечисленное

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больной П., 22 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на общую слабость, сонливость, жажду, полиурию, снижение аппетита, тошноту, боли в животе. Из анамнеза известно, что болен сахарным диабетом с 10 лет, постоянно получает инсулинотерапию. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 недель на фоне обострения хронического пиелонефрита, в связи с чем в течение последних двух суток прекратил прием пищи и введение инсулина.

Объективно: Состояние больного средней тяжести, заторможен. Кожные покровы сухие, тургор кожи понижен, лицо бледное. Сухожильные рефлексы снижены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание шумное, глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс малый, частый - 100 уд. в минуту. АД – 90/60 ммртст. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови – эр. - $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 138 г/л, цв пок 1,0, L – $6,8 \times 10^9/л$, п-3%, с-64%, л-31%, м-2%, СОЭ – 32 мм/час. Биохимическое исследование крови: холестерин – 7,2 ммоль/л, кетоновые тела – 10,2 ммоль/л, рН крови – 7,2. Глюкоза крови – 20,3 ммоль/л. Глюкоза мочи – 46 ммоль/л, ацетон мочи (+++). ЭКГ – снижение зубца Т, удлинение комплекса QRST.

1. Оцените данные лабораторного исследования.
2. Сформулируйте, обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Наметьте и обоснуйте план неотложных мероприятий.

Ответ на задачу №5.

1. Гипергликемия, гиперхолестеринемия, повышение кетоновых тел, снижение рН, наличие ацетонурии.
2. СД 1 типа, кетоацидотическая кома. На основании анамнеза – СД 1 типа, ИИТ, обострение хронического пиелонефрита (наличие инфекции), объективного осмотра, показателей углеводного обмена.
3. Дифф. диагноз: с гиперосмолярной комой (развивается чаще при СД 2 типа, у лиц пожилого возраста, выраженная гипергликемия, дегидратация, сердечная недостаточность, развитие олигурии и азотемии).
4. Инсулинотерапия ИКД в режиме малых доз в/в 0,15 Ед/кг массы тела, затем 0,1 ЕД кг/массы тела, 0,9% NaCl– регидратация при уровне глюкозы крови 13-14 ммоль/л – введение 5-10% раствора глюкозы. Восстановление электролитных нарушений – введение хлорида калия, коррекция метаболического ацидоза – введение бикарбоната натрия при рН менее 7%.

Профилактика и лечение интеркуррентных заболеваний: антибиотики, введение гепарина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Больная, 29 лет, предъявляет жалобы на головную боль в лобно-теменной области, слабость, увеличение массы тела, нарушение менструального цикла.

Объективно: рост 160 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы сухие с багрово-мраморным рисунком. На коже живота, бедер множественные багрово-цианотичные стрии. Рост волос по мужскому типу на лице, груди (гирсутизм). Ожирение неравномерное, по абдоминально типу, с относительно тонкими конечностями, матронизм. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца увеличены влево на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, ритм правильный. PS – 80 уд в минуту. АД – 170/110 ммртст. Печень по краю реберной дуги.

Анализ крови общий: эр. – $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 140 г/л, цв. пок. – 1,0, L – $7,2 \times 10^9/л$, п – 1%, с – 73%, л – 20%, м – 6%, СОЭ – 18 мм/час. Холестерин – 7,6 ммоль/л, ЛПНП – 3,7 ед. Na – 150 ммоль/л. Калий – 3,2 ммоль/л. Кортизол – 850 нмоль/л. МРТ головного мозга – микроаденома гипофиза.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените результаты обследования.
3. Определите диагностическую, лечебную тактику.

Ответ на ситуационную задачу №7.

1. Болезнь Иценко-Кушинга. Микроаденома гипофиза (кортикотропинома).

2. Повышение кортизола крови, гиперхолестеринемия, гипернатриемия, гипокалиемия

3. Необходимо исследовать кортизол мочи (из суточного количества), уровень кортизола крови в динамике (утром и вечером), проведение малой и большой дексаметазоновой пробы, уровень АКТГ, УЗИ, КТ-надпочечников, глюкозу крови, гликированный гемоглобин.

Рекомендована трансназальная транссфеноидальная аденомэктомия. При неэффективности показана консервативная (медикаментозная), лучевая (протоно-) терапия.

Порядок подачи и рассмотрения апелляций:

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на
государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
Тестовые задания. Вариант 1	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Тестовые задания. Вариант 2	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
Ситуационная задача № 1	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 2	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 3	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 4	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 5	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 6	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 7	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 8	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 9	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 10	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 11	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 12	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 13	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 14	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5
Ситуационная задача № 15	УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

**Тестовые задания для Государственной итоговой аттестации
ординаторов по специальности 31.08.53 Эндокринология**

Вариант 1.

Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7,
ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

Перечень тестовых заданий:

1. Гормоны - это вещества, которые синтезируются в железах внутренней секреции и поступают непосредственно
 - а) в кровь
 - б) в лимфу
 - в) в спинномозговую жидкость
 - г) в мочу
 - д) в желудочно-кишечный тракт
2. Адренокортикотропный гормон (АКТГ) синтезируется
 - а) в гипофизе (в передней доле)
 - б) в гипоталамусе
 - в) в коре головного мозга
 - г) в мозжечке
 - д) в лимбической системе
3. Кортизол оказывает все перечисленные эффекты, кроме
 - а) усиления неоглюкогенеза
 - б) повышения глюкозы крови
 - в) увеличения распада белка
 - г) увеличения задержки натрия в почках
 - д) усиления воспалительной реакции организма
4. Для проведения «малой пробы» с дексаметазоном с целью исследования регуляции функции коры надпочечников по уровню кортизола используют дексаметазон в количестве
 - а) 1 мг
 - б) 1.5 мг
 - в) 2 мг
 - г) 3 мг
 - д) 4 мг
5. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:
 - а) улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
 - б) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
 - в) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
 - г) все вышеперечисленное
6. В патогенезе болезни Иценко - Кушинга играет роль все перечисленное, кроме
 - а) снижения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
 - б) повышения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
 - в) повышения уровня серотонина

- г) повышения уровня АКТГ
д) повышения уровня кортизола
7. Повышение продукции глюкокортикоидов приводит ко всему перечисленному, кроме
- а) похудания
 - б) ожирения
 - в) появления на коже стрий
 - г) остеопороза
 - д) артериальной гипертензии
8. Больные болезнью Иценко - Кушинга предъявляют все перечисленные жалобы, за исключением
- а) общей слабости
 - б) головной боли
 - в) похудания
 - г) болей в спине и конечностях
 - д) изменения внешности
9. Костные изменения при болезни Иценко - Кушинга могут проявляться всем перечисленным, кроме
- а) деформации и переломов костей
 - б) остеопороза
 - в) задержки роста в детском возрасте
 - г) болевого синдрома различной интенсивности и длительности
 - д) гиперостоза
10. Сердечно-сосудистые нарушения при болезни Иценко - Кушинга проявляются всем перечисленным, кроме
- а) брадикардии
 - б) тахикардии
 - в) артериальной гипертензии
 - г) электролитно-стероидной кардиопатии
 - д) гипертрофии левого желудочка сердца
11. Лабораторные данные при болезни Иценко - Кушинга выявляют все перечисленное, кроме
- а) тромбоцитопении
 - б) эритроцитоза
 - в) эозинопении
 - г) лимфоцитопении
 - д) нейтрофильного лейкоцитоза
12. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:
- а) все население, за исключением неработающих граждан
 - б) дети и подростки
 - в) беременные женщины
 - г) работающие граждане

13. Рентгенодиагностика при болезни Иценко - Кушинга выявляет все перечисленное, кроме
- а) остеопороза спинки турецкого седла
 - б) остеопороза тел позвонков
 - в) гиперплазии обоих надпочечников
 - г) увеличения одного надпочечника при отсутствии другого
 - д) внутричерепной гипертензии
14. Дифференциальную диагностику болезни Иценко - Кушинга следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) гипоталамического синдрома с нарушением жирового обмена и гипертензией
 - б) глюкостеромы
 - в) эктопированного АКТГ-синдрома
 - г) ожирения с артериальной гипертензией
 - д) гипотиреоза
15. Показанием для адреналэктомии при болезни Иценко - Кушинга является все перечисленное, кроме
- а) отсутствия эффекта от консервативных методов терапии
 - б) тяжелой формы заболевания
 - в) аденоматоза надпочечников
 - г) высокого уровня кортизола в крови
 - д) непереносимости лекарственной терапии
16. Блокирование кортикостероидов надпочечников при болезни Иценко - Кушинга может проводиться всеми перечисленными препаратами, кроме
- а) хлодитана
 - б) аспирина
 - в) мамомита
 - г) оримитена
 - д) элиптена
17. Наиболее эффективными консервативными методами лечения болезни Иценко - Кушинга следует считать все перечисленные, кроме
- а) терапии хлодитаном
 - б) терапии парлоделом
 - в) комбинированной терапии парлоделом и хлодитаном
 - г) терапии мамомитом
 - д) терапии оримитеном
18. Клинические симптомы при гипоталамическом синдроме пубертатного периода проявляются всем перечисленным, кроме
- а) ожирения
 - б) истощения
 - в) бледно-розовых стрий на коже
 - г) замедления полового развития
 - д) ускорения полового развития

19. Что не является показанием для проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи?

а) получение жалоб от застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

б) летальные исходы при оказании медицинской помощи;

в) внутрибольничное инфицирование и осложнение заболевания;

г) повторное необоснованное обращение по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации

20. Этиологическими факторами акромегалии являются все перечисленные, кроме

а) соматотропиномы

б) соматомаммотропной опухоли гипофиза

в) опухоли гипоталамуса

г) черепно-мозговой травмы

д) туберкулезного менингита

21. Развитие острой надпочечниковой недостаточности может быть вызвано всем перечисленным, кроме

а) физической травмы

б) психической травмы

в) операции

г) стресса

д) применения кортикостероидов

22. На объем и качество медико-социальной помощи населению влияют:

а) удаленность медицинских учреждений от места жительства пациентов

б) укомплектованность квалифицированными кадрами

в) возможность получения специализированной медицинской помощи

г) возможность реализации нормативов медико-социального обеспечения

23. Для синдрома лакторей-аменореи характерно все перечисленное, кроме

а) гипертрихоза

б) бесплодия

в) избыточной массы тела

г) повышения кровяного давления

д) галакторей

24. Этиологическими факторами первичной надпочечниковой недостаточности являются все перечисленные, кроме

а) туберкулеза

б) аутоиммунного поражения

в) амилоидоза

г) гемохроматоза

д) кровоизлияния в гипофиз

25. Больные с хронической надпочечниковой недостаточностью предъявляют все перечисленные жалобы, кроме

- а) сильной слабости и быстрой физической утомляемости
 - б) похудения
 - в) повышения аппетита
 - г) потемнения кожи
 - д) тошноты, рвоты
26. Со стороны желудочно-кишечного тракта при хронической надпочечниковой недостаточности отмечается все перечисленное, кроме
- а) тошноты, рвоты
 - б) болей в животе
 - в) снижения кислотности желудочного сока
 - г) нарушения антитоксической, белковообразовательной и гликогенообразовательной функции печени
 - д) увеличения внешней секреции поджелудочной железы
27. Особенности клинического течения вторичного гипокортицизма является все перечисленное, кроме
- а) отсутствия гиперпигментации
 - б) незначительной выраженности или отсутствия симптомов недостаточности минералокортикоидов
 - в) наличия клинических признаков недостаточности гонадотропинов
 - г) наличия клинических признаков недостаточности ТТГ
 - д) наличия гиперпигментации
28. Развитию острой надпочечниковой недостаточности способствуют все перечисленное, кроме
- а) острых инфекций
 - б) интоксикации
 - в) хирургического вмешательства
 - г) неадекватной терапии заболевания
 - д) передозировки кортикостероидов
29. Бригада экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринская) на 1 этапе оказывает:
- а) Специализированную медицинскую помощь
 - б) Квалифицированную медицинскую помощь
 - в) Первую врачебную медицинскую помощь
 - г) Первую медицинскую помощь
30. Гормональное исследование при первичной надпочечниковой недостаточности характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) увеличения уровня АКТГ в крови
 - б) снижения уровня АКТГ в крови
 - в) снижения уровня кортизола в крови
 - г) снижения выделения 17-ОКС с мочой
 - д) снижения содержания альдостерона с мочой
31. К техногенным ЧС не относятся:
- а) пожары, взрывы

- б) аварии с выбросом биологически опасных веществ
 - в) поражение сельскохозяйственных растений болезнями и вредителями
 - г) аварии на электроэнергетических системах
32. Лечение легкой формы первичной надпочечниковой недостаточности заключается в назначении всего перечисленного, кроме
- а) диеты, бедной солями калия
 - б) диеты, богатой солями калия
 - в) хлорида натрия до 10 г в сутки
 - г) аскорбиновой кислоты 0.5-1.0 г в сутки
 - д) глюкокортикоидов
33. Для средней и тяжелой форм первичной надпочечниковой недостаточности назначают все перечисленные, кроме
- а) диеты с ограничением солей калия
 - б) заместительной терапии глюкокортикоидами и минералокортикоидами
 - в) анаболических стероидных гормонов
 - г) аскорбиновой кислоты
 - д) диеты с повышенным содержанием калия
34. Сахарный диабет 1 типа характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) острого начала заболевания
 - б) склонности к кетозу
 - в) отсутствия связи с HLA-системой
 - г) снижения уровня инсулина в сыворотке крови
 - д) необходимости лечения инсулином
35. Карантин это:
- а) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней
 - б) уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней
 - в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
 - г) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию ОБП
36. Сахарный диабет 2 типа характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) возраста к началу болезни старше 40 лет
 - б) избыточной массы тела
 - в) отсутствия склонности к кетоацидозу
 - г) постепенного развития заболевания
 - д) необходимости лечения инсулином в первые 2-3 года
37. Общими признаками компенсации диабета являются все перечисленные, кроме
- а) нормогликемии натощак
 - б) нормогликемии в течение суток
 - в) отсутствия жалоб, характерных для диабета
 - г) высокого уровня гликозилированного гемоглобина
 - д) аглюкозурии

38. Для II стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме
- а) кровоизлияния в сетчатку
 - б) очагов помутнения сетчатки
 - в) новообразования сосудов
 - г) микроаневризм
 - д) извитости сосудов
39. Для III стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме
- а) отсутствия новообразования сосудов
 - б) отека сетчатки
 - в) микроаневризм
 - г) кровоизлияний
 - д) очагов дегенерации в сетчатке
40. Выраженная стадия диабетической нефропатии характеризуется
- а) стойкой протеинурией
 - б) снижением скорости клубочковой фильтрации
 - в) снижением азотовыделительной функции почек
 - г) стойкой артериальной гипертензией, перемежающимися отеками
 - д) всем вышеперечисленным
41. Абсолютным показанием для инсулинотерапии являются все перечисленные случаи, кроме
- а) кетоацидоза, прекоматозных состояний, диабетических ком (гиперосмолярной, молочнокислой и кетоацидотической)
 - б) диабетической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек
 - в) беременности и родов
 - г) отсутствия эффекта от диетотерапии
 - д) тяжелых поражений печени (гепатит, цирроз)
42. К развитию гипогликемии могут привести все перечисленные факторы, кроме
- а) нарушения диеты и режима питания
 - б) чрезмерных физических нагрузок
 - в) стрессовой ситуации
 - г) развития жировой инфильтрации печени
 - д) передозировки инсулина
43. Медицинская помощь пострадавшим при утоплении включает:
- а) извлечение пострадавших из воды
 - б) доставку на спасательные плавающие средства
 - в) очистку полости рта от посторонних предметов
 - г) все перечисленное
44. Механизм сахароснижающего действия сульфаниламидных препаратов включает все перечисленное, кроме

- а) увеличения числа тканевых рецепторов инсулина
 - б) стимуляции инсулина б-клетками поджелудочной железы
 - в) подавления продукции глюкагона
 - г) увеличения чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину
 - д) уменьшения абсорбции глюкозы в кишечнике
45. Сахароснижающее действие сульфаниламидов усиливает одновременное применение всех перечисленных препаратов, кроме
- а) алкоголя
 - б) анаприлина
 - в) мочегонных
 - г) аспирина
 - д) комбинации сульфаниламидных препаратов I и II генерации
46. Этиологическими факторами кетоацидотической комы являются все перечисленные, кроме
- а) прекращения или уменьшения дозы вводимого инсулина
 - б) присоединения инфекций и других заболеваний
 - в) хирургического вмешательства
 - г) передозировки инсулина
 - д) стрессовых ситуаций
47. Клиническими проявлениями диабетического кетоацидоза являются все перечисленные, кроме
- а) резкой слабости, вялости, сонливости
 - б) потери аппетита, тошноты, рвоты
 - в) желудочно-кишечных болей
 - г) повышения аппетита
 - д) полидипсии, полиурии
48. Комплекс лечебных мероприятий при кетоацидотической коме включает
- а) ликвидацию инсулиновой недостаточности
 - б) проведение регидратационной терапии
 - в) восстановление электролитного состава
 - г) нормализацию кислотно-основного равновесия
 - д) все вышеперечисленное
49. При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения
- а) изотонического раствора хлорида натрия
 - б) 5% раствора глюкозы
 - в) гипотонического (0.45%) раствора хлорида натрия
 - г) реополиглюкина
 - д) гемодеза
50. Начальная доза внутривенного введения инсулина короткого действия при кетоацидотической коме на 1 кг массы тела/час составляет
- а) 0,05 ед/кг/час

- б) 25 ед/кг/час
 - в) 50 ед/кг/час
 - г) 2 – 4 ед/кг/час
 - д) 0,1 – 0,2 ед/кг/час
51. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется всем перечисленным, кроме
- а) тошноты, рвоты
 - б) выраженной артериальной гипотензии
 - в) олигурии вплоть до анурии
 - г) повышения температуры тела
 - д) дыхания Куссмауля, одышки
52. Развитию гиперосмолярной комы способствует все перечисленное, кроме
- а) недостаточной компенсации сахарного диабета
 - б) интеркуррентных заболеваний
 - в) длительного лечения мочегонными и стероидными препаратами
 - г) состояния, сопровождающегося дегидратацией (рвота, понос, ожоги)
 - д) избыточного введения жиров
53. Лечение гиперосмолярной комы заключается в назначении всего перечисленного, кроме
- а) гипертонических растворов
 - б) 0.45% раствора хлористого натрия
 - в) хлористого калия
 - г) инсулинотерапии
 - д) устранения причины коматозного состояния
54. Система временных мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания за пределы эпидемического очага, обеспечение локализации очага и последующую их ликвидацию – это ...
- а) карантин
 - б) обсервация
 - в) режимно-ограничительные мероприятия
55. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие всех перечисленных причин, кроме
- а) передозировки вводимого инсулина
 - б) недостаточного приема белков
 - в) недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина
 - г) недозированной физической нагрузки
 - д) ухудшения функций печени и почек
56. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) быстрого развития коматозного состояния
 - б) медленного развития комы
 - в) тонических или клонических судорог

- г) понижения температуры тела
 - д) тахикардии
57. Наличие гипогликемической комы в отличие от кетоацидотической подтверждают на основании всех следующих симптоматических данных, кроме
- а) быстрого внезапного развития тяжелого состояния
 - б) ровного дыхания
 - в) нормального или повышенного тонуса глазных яблок и скелетных мышц
 - г) нормального или повышенного артериального давления
 - д) сниженного артериального давления
58. При гипогликемической коме проводят всю перечисленную терапию, кроме
- а) струйного внутривенного введения 40% раствора глюкозы (40-60 мл)
 - б) подкожного введения 0.5-1.0 мл 0.1% раствора адреналина
 - в) подкожного внутривенного или внутримышечного введения 1-2 мл глюкагона
 - г) внутривенного или внутримышечного введения гидрокортизона (150-200 мг)
 - д) внутривенного введения раствора Рингера
59. При отсутствии угрозы возникновения чрезвычайной ситуации функционирование единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций осуществляется по режиму:
- а) повседневной деятельности
 - б) чрезвычайных ситуаций
 - в) повышенной готовности
60. Со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с диффузным токсическим зобом отмечается все перечисленное, кроме
- а) тахикардии
 - б) брадикардии
 - в) одышки
 - г) нарушения сердечного ритма
 - д) увеличения минутного объема крови
61. Тиреотоксический криз сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме
- а) тошноты, рвоты, профузного поноса
 - б) профузного потоотделения
 - в) мышечной адинамии
 - г) нормальной температуры
 - д) значительной тахикардии
62. Для диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме
- а) увеличения уровня свободного Т4 в крови
 - б) увеличения уровня свободного Т3 в крови
 - в) увеличения уровня общего Т4 в крови

- г) увеличения уровня общего Т3 в крови
д) повышения уровня ТТГ в крови
63. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение
- а) антител к тиреоглобулину
б) антител к микросомальной фракции
в) антител к клеткам щитовидной железы
г) иммуноглобулинов
д) антител ко второму коллоидному антигену
64. Механизм действия мерказолила заключается во всем перечисленном, кроме
- а) блокирования превращения йодтирозинов в йодтиронины
б) торможения йодирования тирозиновых остатков тиреоглобулина
в) воздействия на аутоиммунный процесс, снижающего содержание тиреостимулирующих антител
г) подавления уровня ТТГ
д) подавления образования активной формы йода
65. Показанием к хирургическому лечению диффузного и диффузно-узлового зоба является все перечисленное, кроме
- а) диффузного токсического зоба средней и тяжелой формы при отсутствии стойкого эутиреоидного состояния после медикаментозного лечения
б) диффузного токсического зоба больших размеров
в) узловых и загрудинных форм токсического зоба
г) диффузного токсического зоба, осложненного аритмией
д) диффузного токсического зоба тяжелой формы с тяжелыми необратимыми изменениями внутренних органов (асцит, анасарка и т.д.)
66. Этиологическими факторами первичного гипотиреоза может быть все перечисленное, кроме
- а) аномалий развития щитовидной железы
б) эндемического зоба и кретинизма
в) воспалительного заболевания щитовидной железы
г) гипопитуитаризма
д) терапии радиоактивным йодом
67. Клиническая симптоматика гипотиреоза при осмотре больного характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) отека век, губ, кистей, стоп и т.д.
б) сухой бледной кожи с желтоватым оттенком, холодной на ощупь
в) выпадения волос (волосы ломкие, сухие)
г) медлительности, заторможенности, сонливости
д) снижения массы тела
68. Педагогика-это наука о
- а) воспитании человека в современном обществе
б) способах научного познания

- в) психологических особенностях личности
г) физиологических закономерностях развития личности
69. При первичном гипотиреозе у женщин нарушения функции половых желез
проявляются всем перечисленным, кроме
а) нарушения менструальной функции вплоть до аменореи
б) выкидышей и рождения мертвого плода
в) галактореи
г) бесплодия
д) гипопролактинемии
70. Для гипотиреоидной комы характерно все перечисленное, кроме
а) резкой гипотермии при отсутствии инфекции
б) нарастающего торможения ЦНС (ступор, кома)
в) прогрессирующей брадикардии
г) прогрессирующей артериальной гипотензии
д) гипергликемии
71. Наиболее современным и эффективным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является
а) тиреоидин
б) тиреотом
в) тирекомб
г) L-тироксин
д) трийодтиронин
72. Этиологическими факторами эндемического зоба является все перечисленное, кроме
а) дефицита йода в почве, воде и пищевых продуктах
б) наследственных факторов
в) аутоиммунных процессов в щитовидной железе
г) инфекции
д) струмогенных веществ
73. Одним из важнейших направлений профилактики, является :
а) ЗОЖ
б) охрана окружающей среды
в) вакцинация
г) экологическая безопасность
74. Лечение подострого тиреоидита включает все перечисленное, кроме
а) глюкокортикоидов
б) нестероидных противовоспалительных препаратов
в) β -адреноблокаторов
г) сосудорасширяющих
д) антибиотиков, противогрибковых препаратов
75. Основными формами аутоиммунного тиреоидита являются все перечисленные, кроме
а) гипертрофической

- б) нормотрофической
 - в) гнойной
 - г) атрофической
 - д) лимфоцитарной
76. Для клиники аутоиммунного тиреоидита характерно
- а) медленное развитие в течение нескольких лет
 - б) острое развитие заболевания
 - в) повышение температуры тела
 - г) увеличение регионарных лимфатических узлов
 - д) болезненность щитовидной железы при пальпации
77. Показаниями к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита являются
- а) большие размеры зоба
 - б) сдавление органов шеи
 - в) наличие узлов
 - г) метаплазия тиреоидного эпителия
 - д) все перечисленные
78. В развитии ожирения имеют значение все перечисленные алиментарные факторы, кроме
- а) переедания
 - б) питания в основном во второй половине суток
 - в) избыточного употребления легкоусвояемых углеводов
 - г) избыточного употребления клетчатки
 - д) избыточного употребления животных жиров
79. К методам обучения не относится
- а) показ
 - б) экскурсия
 - в) самореализация
 - г) беседа
80. Какие медикаменты могут вызвать гипергликемию, кроме
- а) глюкокортикоиды
 - б) β -блокаторы
 - в) сульфаниламиды
 - г) тиазады
 - д) фуросемид
81. Инсулин стимулирует следующие процессы, кроме
- а) транспорт глюкозы в клетку
 - б) липолиз
 - в) цикл Кребса
 - г) образование АТФ
 - д) образование гликогена
82. Для надпочечниковой недостаточности характерны следующие изменения, кроме
- а) гиперкалиемия

- б) гипернатриемия
в) гипогликемия
г) снижение уровня альдостерона в крови
д) снижение уровня кортизола в крови
83. Какой признак наименее характерен для первичного гиперальдостеронизма
а) артериальная гипертензия
б) мышечная слабость
в) гипонатриемия
г) гипокалиемия
д) полиурия
84. Средством выбора для терапии гипертонического криза при феохромоцитоме является
а) нифедипин
б) клонидин
в) верапамил
г) фентоламин
д) дигидралазин
85. Осложнения ожирения являются все перечисленные, кроме
а) сахарный диабет
б) артериальная гипертензия
в) остеоартроз
г) язвенная болезнь
д) холелитиаз
86. Наиболее информативным тестом для диагностики первичного гипотиреоза является
а) определение в крови тиреотропного гормона
б) определение в крови антител к тиреоглобулину
в) УЗИ
г) сканирование щитовидной железы
д) определение в крови свободного тироксина
87. Какие препараты могут изменить действие тиреоидных гормонов
а) содержащие йод
б) β-блокаторы
в) сердечные гликозиды
г) мерказолил
д) мочегонные
88. Тиреокальцитонин применяется для лечения
а) аутоиммунного тиреоидита
б) гипотиреоза
в) ожирения
г) остеопороза
д) нетоксического зоба
89. Самоконтроль - это обязательная характеристика:

- а) агрессивного стиля педагогического поведения;
- б) стиль «обратной связи»;
- в) все перечисленное выше.
90. Несахарный диабет развивается в результате
- а) понижения секреции антидиуретического гормона
- б) нарушения углеводного обмена
- в) повышения секреции антидиуретического гормона
- г) повышения экскреции натрия с мочой
- д) понижения секреции альдостерона
91. Для характеристики функции щитовидной железы наиболее информативно
- а) сканирование щитовидной железы
- б) определение в крови Т3, Т4, ТТГ
- в) лимфография
- г) определение в крови антител к тиреоглобулину
- д) ультразвуковое исследование щитовидной железы
92. Большая дексаметазоновая проба используется для диагностики
- а) гиперкортицизма
- б) болезни Иценко-Кушинга
- в) аденомы гипофиза
- г) глюкокортикостеромы
- д) альдостеромы
93. Артериальная гипертензия не является характерным симптомом
- а) кортикостеромы
- б) гипокортицизма
- в) болезни Иценко-Кушинга
- г) феохромоцитомы
- д) альдостеромы
94. Какой симптом наиболее характерен при болях в животе у больного с подозрением на острую надпочечниковую недостаточность
- а) метеоризм
- б) рвота
- в) понос
- г) тахикардия
- д) падение артериального давления
95. При тяжелом гипотиреозе у больных со стенокардией напряжения необходимо
- а) отказаться от лечения гипотиреоза
- б) назначить препараты йода в комбинации с тиреоидными препаратами
- в) назначить лечение малыми дозами тиреоидных препаратов
- г) назначить большие дозы тиреоидных препаратов в комбинации с кардиальной терапией
- д) начать лечение большими дозами тиреоидных препаратов в комбинации с β -блокаторами

96. Первичное развитие остеопороза у больных с болезнью Иценко-Кушинга связано в основном
- а) с нарушением белковой матрицы кости
 - б) с нарушением функции паращитовидных желез
 - в) с нарушением секреции минералокортикостероидов
 - г) с повышением экскреции кальция с мочой
 - д) с нарушением всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте
97. Для гиперпаратиреоза характерно
- а) снижение содержания калия
 - б) повышение содержания кальция
 - в) снижение в крови паратгормона
 - г) повышение содержания натрия
 - д) снижение содержания кальция
98. При прогрессирующей эндокринной офтальмопатии необходимо назначить
- а) мерказолил
 - б) препараты йода
 - в) глюкокортикостероиды
 - г) тиреоидные гормоны
 - д) β -блокаторы
99. При длительном некомпенсированном первичном гипотиреозе в крови повышается уровень
- а) СТГ
 - б) пролактина
 - в) инсулина
 - г) АКТГ
 - д) кортизола
100. Первым симптомом первичного гиперальдостеронизма является
- а) головная боль
 - б) субфебрилитет
 - в) приступы резкой мышечной слабости
 - г) жажда
 - д) одышка

Вариант 2.

Компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

1. При длительном некомпенсированном первичном гипотиреозе в крови повышается уровень
- а) СТГ
 - б) пролактина
 - в) инсулина
 - г) АКТГ
 - д) кортизола
2. Первым симптомом первичного гиперальдостеронизма является

- а) головная боль
 - б) субфебрилитет
 - в) приступы резкой мышечной слабости
 - г) жажда
 - д) одышка
3. Для гиперпаратиреоза характерно
- а) снижение содержания калия
 - б) повышение содержания кальция
 - в) снижение в крови паратгормона
 - г) повышение содержания натрия
 - д) снижение содержания кальция
4. При прогрессирующей эндокринной офтальмопатии необходимо назначить
- а) мерказолил
 - б) препараты йода
 - в) глюкокортикостероиды
 - г) тиреоидные гормоны
 - д) β -блокаторы
5. При тяжелом гипотиреозе у больных со стенокардией напряжения необходимо
- а) отказаться от лечения гипотиреоза
 - б) назначить препараты йода в комбинации с тиреоидными препаратами
 - в) назначить лечение малыми дозами тиреоидных препаратов
 - г) назначить большие дозы тиреоидных препаратов в комбинации с кардиальной терапией
 - д) начать лечение большими дозами тиреоидных препаратов в комбинации с β -блокаторами
6. Первичное развитие остеопороза у больных с болезнью Иценко-Кушинга связано в основном
- а) с нарушением белковой матрицы кости
 - б) с нарушением функции паращитовидных желез
 - в) с нарушением секреции минералокортикостероидов
 - г) с повышением экскреции кальция с мочой
 - д) с нарушением всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте
7. Артериальная гипертензия не является характерным симптомом
- а) кортикостеромы
 - б) гипокортицизма
 - в) болезни Иценко-Кушинга
 - г) феохромоцитомы
 - д) альдостеромы
8. Какой симптом наиболее характерен при болях в животе у больного с подозрением на острую надпочечниковую недостаточность
- а) метеоризм
 - б) рвота

- в) понос
 - г) тахикардия
 - д) падение артериального давления
9. Для характеристики функции щитовидной железы наиболее информативно
- а) сканирование щитовидной железы
 - б) определение в крови Т3, Т4, ТТГ
 - в) лимфография
 - г) определение в крови антител к тиреоглобулину
 - д) ультразвуковое исследование щитовидной железы
10. Большая дексаметазоновая проба используется для диагностики
- а) гиперкортицизма
 - б) болезни Иценко-Кушинга
 - в) аденомы гипофиза
 - г) глюкокортикостеромы
 - д) альдостеромы
11. Самоконтроль - это обязательная характеристика:
- а) агрессивного стиля педагогического поведения;
 - б) стиль «обратной связи»;
 - в) все перечисленное выше.
12. Несахарный диабет развивается в результате
- а) понижения секреции антидиуретического гормона
 - б) нарушения углеводного обмена
 - в) повышения секреции антидиуретического гормона
 - г) повышения экскреции натрия с мочой
 - д) понижения секреции альдостерона
13. Какие препараты могут изменить действие тиреоидных гормонов
- а) содержащие йод
 - б) β-блокаторы
 - в) сердечные гликозиды
 - г) мерказолил
 - д) мочегонные
14. Тиреокальцитонин применяется для лечения
- а) аутоиммунного тиреоидита
 - б) гипотиреоза
 - в) ожирения
 - г) остеопороза
 - д) нетоксического зоба
15. Осложнения ожирения являются все перечисленные, кроме
- а) сахарный диабет
 - б) артериальная гипертензия
 - в) остеоартроз
 - г) язвенная болезнь
 - д) холелитиаз

16. Наиболее информативным тестом для диагностики первичного гипотиреоза является

- а) определение в крови тиреотропного гормона
- б) определение в крови антител к тиреоглобулину
- в) УЗИ
- г) сканирование щитовидной железы
- д) определение в крови свободного тироксина

17. Какой признак наименее характерен для первичного гиперальдостеронизма

- а) артериальная гипертензия
- б) мышечная слабость
- в) гипонатриемия
- г) гипокалиемия
- д) полиурия

18. Средством выбора для терапии гипертонического криза при феохромоцитоме является

- а) нифедипин
- б) клонидин
- в) верапамил
- г) фентоламин
- д) дигидралазин

19. Инсулин стимулирует следующие процессы, кроме

- а) транспорт глюкозы в клетку
- б) липолиз
- в) цикл Кребса
- г) образование АТФ
- д) образование гликогена

20. Для надпочечниковой недостаточности характерны следующие изменения, кроме

- а) гиперкалиемия
- б) гипернатриемия
- в) гипогликемия
- г) снижение уровня альдостерона в крови
- д) снижение уровня кортизола в крови

21. К методам обучения не относится

- а) показ
- б) экскурсия
- в) самореализация
- г) беседа

22. Какие медикаменты могут вызвать гипергликемию, кроме

- а) глюкокортикоиды
- б) β -блокаторы
- в) сульфаниламиды
- г) тиазады

- д) фуросемид
23. Показаниями к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита являются
- а) большие размеры зоба
 - б) сдавление органов шеи
 - в) наличие узлов
 - г) метаплазия тиреоидного эпителия
 - д) все перечисленные
24. В развитии ожирения имеют значение все перечисленные алиментарные факторы, кроме
- а) переедания
 - б) питания в основном во второй половине суток
 - в) избыточного употребления легкоусвояемых углеводов
 - г) избыточного употребления клетчатки
 - д) избыточного употребления животных жиров
25. Основными формами аутоиммунного тиреоидита являются все перечисленные, кроме
- а) гипертрофической
 - б) нормотрофической
 - в) гнойной
 - г) атрофической
 - д) лимфоцитарной
26. Для клиники аутоиммунного тиреоидита характерно
- а) медленное развитие в течение нескольких лет
 - б) острое развитие заболевания
 - в) повышение температуры тела
 - г) увеличение регионарных лимфатических узлов
 - д) болезненность щитовидной железы при пальпации
27. Одним из важнейших направлений профилактики, является :
- а) ЗОЖ
 - б) охрана окружающей среды
 - в) вакцинация
 - г) экологическая безопасность
28. Лечение подострого тиреоидита включает все перечисленное, кроме
- а) глюкокортикоидов
 - б) нестероидных противовоспалительных препаратов
 - в) β -адреноблокаторов
 - г) сосудорасширяющих
 - д) антибиотиков, противогрибковых препаратов
29. Наиболее современным и эффективным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является
- а) тиреоидин
 - б) тиреотом

- в) тирекомб
 - г) L-тироксин
 - д) трийодтиронин
30. Этиологическими факторами эндемического зоба является все перечисленное, кроме
- а) дефицита йода в почве, воде и пищевых продуктах
 - б) наследственных факторов
 - в) аутоиммунных процессов в щитовидной железе
 - г) инфекции
 - д) струмогенных веществ
31. При первичном гипотиреозе у женщин нарушения функции половых желез
- проявляются всем перечисленным, кроме
- а) нарушения менструальной функции вплоть до аменореи
 - б) выкидышей и рождения мертвого плода
 - в) галактореи
 - г) бесплодия
 - д) гипопрولاктинемии
32. Для гипотиреоидной комы характерно все перечисленное, кроме
- а) резкой гипотермии при отсутствии инфекции
 - б) нарастающего торможения ЦНС (ступор, кома)
 - в) прогрессирующей брадикардии
 - г) прогрессирующей артериальной гипотензии
 - д) гипергликемии
33. Клиническая симптоматика гипотиреоза при осмотре больного характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) отечности век, губ, кистей, стоп и т.д.
 - б) сухой бледной кожи с желтоватым оттенком, холодной на ощупь
 - в) выпадения волос (волосы ломкие, сухие)
 - г) медлительности, заторможенности, сонливости
 - д) снижения массы тела
34. Педагогика-это наука о
- а) воспитании человека в современном обществе
 - б) способах научного познания
 - в) психологических особенностях личности
 - г) физиологических закономерностях развития личности
35. Показанием к хирургическому лечению диффузного и диффузно-узлового зоба является все перечисленное, кроме
- а) диффузного токсического зоба средней и тяжелой формы при отсутствии стойкого эутиреоидного состояния после медикаментозного лечения
 - б) диффузного токсического зоба больших размеров
 - в) узловых и загрудинных форм токсического зоба
 - г) диффузного токсического зоба, осложненного аритмией

- д) диффузного токсического зоба тяжелой формы с тяжелыми необратимыми изменениями внутренних органов (асцит, анасарка и т.д.)
36. Этиологическими факторами первичного гипотиреоза может быть все перечисленное, кроме
- а) аномалий развития щитовидной железы
 - б) эндемического зоба и кретинизма
 - в) воспалительного заболевания щитовидной железы
 - г) гипопитуитаризма
 - д) терапии радиоактивным йодом
37. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение
- а) антител к тиреоглобулину
 - б) антител к микросомальной фракции
 - в) антител к клеткам щитовидной железы
 - г) иммуноглобулинов
 - д) антител ко второму коллоидному антигену
38. Механизм действия мерказолила заключается во всем перечисленном, кроме
- а) блокирования превращения йодтирозинов в йодтиронины
 - б) торможения йодирования тирозиновых остатков тиреоглобулина
 - в) воздействия на аутоиммунный процесс, снижающего содержание тиреостимулирующих антител
 - г) подавления уровня ТТГ
 - д) подавления образования активной формы йода
39. Тиреотоксический криз сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме
- а) тошноты, рвоты, профузного поноса
 - б) профузного потоотделения
 - в) мышечной адинамии
 - г) нормальной температуры
 - д) значительной тахикардии
40. Для диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме
- а) увеличения уровня свободного Т₄ в крови
 - б) увеличения уровня свободного Т₃ в крови
 - в) увеличения уровня общего Т₄ в крови
 - г) увеличения уровня общего Т₃ в крови
 - д) повышения уровня ТТГ в крови
41. При отсутствии угрозы возникновения чрезвычайной ситуации функционирование единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций осуществляется по режиму:
- а) повседневной деятельности
 - б) чрезвычайных ситуаций
 - в) повышенной готовности

42. Со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с диффузным токсическим зобом отмечается все перечисленное, кроме
- а) тахикардии
 - б) брадикардии
 - в) одышки
 - г) нарушения сердечного ритма
 - д) увеличения минутного объема крови
43. Наличие гипогликемической комы в отличие от кетоацидотической подтверждают на основании всех следующих симптоматических данных, кроме
- а) быстрого внезапного развития тяжелого состояния
 - б) ровного дыхания
 - в) нормального или повышенного тонуса глазных яблок и скелетных мышц
 - г) нормального или повышенного артериального давления
 - д) сниженного артериального давления
44. При гипогликемической коме проводят всю перечисленную терапию, кроме
- а) струйного внутривенного введения 40% раствора глюкозы (40-60 мл)
 - б) подкожного введения 0.5-1.0 мл 0.1% раствора адреналина
 - в) подкожного внутривенного или внутримышечного введения 1-2 мл глюкагона
 - г) внутривенного или внутримышечного введения гидрокортизона (150-200 мг)
 - д) внутривенного введения раствора Рингера
45. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие всех перечисленных причин, кроме
- а) передозировки вводимого инсулина
 - б) недостаточного приема белков
 - в) недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина
 - г) недозированной физической нагрузки
 - д) ухудшения функций печени и почек
46. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) быстрого развития коматозного состояния
 - б) медленного развития комы
 - в) тонических или клонических судорог
 - г) понижения температуры тела
 - д) тахикардии
47. Лечение гиперосмолярной комы заключается в назначении всего перечисленного, кроме
- а) гипертонических растворов
 - б) 0.45% раствора хлористого натрия
 - в) хлористого калия

- г) инсулинотерапии
д) устранения причины коматозного состояния
48. Система временных мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания за пределы эпидемического очага, обеспечение локализации очага и последующую их ликвидацию – это ...
- а) карантин
б) обсервация
в) режимно-ограничительные мероприятия
49. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется всем перечисленным, кроме
- а) тошноты, рвоты
б) выраженной артериальной гипотензии
в) олигурии вплоть до анурии
г) повышения температуры тела
д) дыхания Куссмауля, одышки
50. Развитию гиперосмолярной комы способствует все перечисленное, кроме
- а) недостаточной компенсации сахарного диабета
б) интеркуррентных заболеваний
в) длительного лечения мочегонными и стероидными препаратами
г) состояния, сопровождающегося дегидратацией (рвота, понос, ожоги)
д) избыточного введения жиров
51. При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения
- а) изотонического раствора хлорида натрия
б) 5% раствора глюкозы
в) гипотонического (0.45%) раствора хлорида натрия
г) реополиглюкина
д) гемодеза
52. Начальная доза внутривенного введения инсулина короткого действия при кетоацидотической коме на 1 кг массы тела/час составляет
- а) 0,05 ед/кг/час
б) 25 ед/кг/час
в) 50 ед/кг/час
г) 2 – 4 ед/кг/час
д) 0,1 – 0,2 ед/кг/час
53. Клиническими проявлениями диабетического кетоацидоза являются все перечисленные, кроме
- а) резкой слабости, вялости, сонливости
б) потери аппетита, тошноты, рвоты
в) желудочно-кишечных болей
г) повышения аппетита
д) полидипсии, полиурии
54. Комплекс лечебных мероприятий при кетоацидотической коме включает

- а) ликвидацию инсулиновой недостаточности
 - б) проведение регидратационной терапии
 - в) восстановление электролитного состава
 - г) нормализацию кислотно-основного равновесия
 - д) все вышеперечисленное
55. Сахароснижающее действие сульфаниламидов усиливает одновременное применение всех перечисленных препаратов, кроме
- а) алкоголя
 - б) анаприлина
 - в) мочегонных
 - г) аспирина
 - д) комбинации сульфаниламидных препаратов I и II генерации
56. Этиологическими факторами кетоацидотической комы являются все перечисленные, кроме
- а) прекращения или уменьшения дозы вводимого инсулина
 - б) присоединения инфекций и других заболеваний
 - в) хирургического вмешательства
 - г) передозировки инсулина
 - д) стрессовых ситуаций
57. Медицинская помощь пострадавшим при утоплении включает:
- а) извлечение пострадавших из воды
 - б) доставку на спасательные плавающие средства
 - в) очистку полости рта от посторонних предметов
 - г) все перечисленное
58. Механизм сахароснижающего действия сульфаниламидных препаратов включает все перечисленное, кроме
- а) увеличения числа тканевых рецепторов инсулина
 - б) стимуляции инсулина β-клетками поджелудочной железы
 - в) подавления продукции глюкагона
 - г) увеличения чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину
 - д) уменьшения абсорбции глюкозы в кишечнике
59. Абсолютным показанием для инсулинотерапии являются все перечисленные случаи, кроме
- а) кетоацидоза, прекоматозных состояний, диабетических ком (гиперосмолярной, молочнокислой и кетоацидотической)
 - б) диабетической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек
 - в) беременности и родов
 - г) отсутствия эффекта от диетотерапии
 - д) тяжелых поражений печени (гепатит, цирроз)
60. К развитию гипогликемии могут привести все перечисленные факторы, кроме
- а) нарушения диеты и режима питания

- б) чрезмерных физических нагрузок
 - в) стрессовой ситуации
 - г) развития жировой инфильтрации печени
 - д) передозировки инсулина
61. Для III стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме
- а) отсутствия новообразования сосудов
 - б) отека сетчатки
 - в) микроаневризм
 - г) кровоизлияний
 - д) очагов дегенерации в сетчатке
62. Выраженная стадия диабетической нефропатии характеризуется
- а) стойкой протеинурией
 - б) снижением скорости клубочковой фильтрации
 - в) снижением азотовыделительной функции почек
 - г) стойкой артериальной гипертензией, перемежающимися отеками
 - д) всем вышеперечисленным
63. Общими признаками компенсации диабета являются все перечисленные, кроме
- а) нормогликемии натощак
 - б) нормогликемии в течение суток
 - в) отсутствия жалоб, характерных для диабета
 - г) высокого уровня гликозилированного гемоглобина
 - д) аглюкозурии
64. Для II стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме
- а) кровоизлияния в сетчатку
 - б) очагов помутнения сетчатки
 - в) новообразования сосудов
 - г) микроаневризм
 - д) извитости сосудов
65. Карантин это:
- а) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней
 - б) уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней
 - в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
 - г) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию ОБП
66. Сахарный диабет 2 типа характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) возраста к началу болезни старше 40 лет
 - б) избыточной массы тела
 - в) отсутствия склонности к кетоацидозу
 - г) постепенного развития заболевания
 - д) необходимости лечения инсулином в первые 2-3 года

67. Для средней и тяжелой форм первичной надпочечниковой недостаточности назначают все перечисленные, кроме
- а) диеты с ограничением солей калия
 - б) заместительной терапии глюкокортикоидами и минералокортикоидами
 - в) анаболических стероидных гормонов
 - г) аскорбиновой кислоты
 - д) диеты с повышенным содержанием калия
68. Сахарный диабет 1 типа характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) острого начала заболевания
 - б) склонности к кетозу
 - в) отсутствия связи с HLA-системой
 - г) снижения уровня инсулина в сыворотке крови
 - д) необходимости лечения инсулином
69. К техногенным ЧС не относятся:
- а) пожары, взрывы
 - б) аварии с выбросом биологически опасных веществ
 - в) поражение сельскохозяйственных растений болезнями и вредителями
 - г) аварии на электроэнергетических системах
70. Лечение легкой формы первичной надпочечниковой недостаточности заключается в назначении всего перечисленного, кроме
- а) диеты, бедной солями калия
 - б) диеты, богатой солями калия
 - в) хлорида натрия до 10 г в сутки
 - г) аскорбиновой кислоты 0.5-1.0 г в сутки
 - д) глюкокортикоидов
71. Бригада экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринская) на 1 этапе оказывает:
- а) Специализированную медицинскую помощь
 - б) Квалифицированную медицинскую помощь
 - в) Первую врачебную медицинскую помощь
 - г) Первую медицинскую помощь
72. Гормональное исследование при первичной надпочечниковой недостаточности характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) увеличения уровня АКТГ в крови
 - б) снижения уровня АКТГ в крови
 - в) снижения уровня кортизола в крови
 - г) снижения выделения 17-ОКС с мочой
 - д) снижения содержания альдостерона с мочой
73. Особенности клинического течения вторичного гипокортицизма являются все перечисленное, кроме
- а) отсутствия гиперпигментации
 - б) незначительной выраженности или отсутствия симптомов недостаточности минералокортикоидов
 - в) наличия клинических признаков недостаточности гонадотропинов

- г) наличия клинических признаков недостаточности ТТГ
д) наличия гиперпигментации
74. Развитию острой надпочечниковой недостаточности способствуют все перечисленное, кроме
а) острых инфекций
б) интоксикации
в) хирургического вмешательства
г) неадекватной терапии заболевания
д) передозировки кортикостероидов
75. Больные с хронической надпочечниковой недостаточностью предъявляют все перечисленные жалобы, кроме
а) сильной слабости и быстрой физической утомляемости
б) похудания
в) повышения аппетита
г) потемнения кожи
д) тошноты, рвоты
76. Со стороны желудочно-кишечного тракта при хронической надпочечниковой недостаточности отмечается все перечисленное, кроме
а) тошноты, рвоты
б) болей в животе
в) снижения кислотности желудочного сока
г) нарушения антитоксической, белковообразовательной и гликогенообразовательной функции печени
д) увеличения внешней секреции поджелудочной железы
77. Для синдрома лакторей-аменореи характерно все перечисленное, кроме
а) гипертрихоза
б) бесплодия
в) избыточной массы тела
г) повышения кровяного давления
д) галактореи
78. Этиологическими факторами первичной надпочечниковой недостаточности являются все перечисленные, кроме
а) туберкулеза
б) аутоиммунного поражения
в) амилоидоза
г) гемохроматоза
д) кровоизлияния в гипофиз
79. Развитие острой надпочечниковой недостаточности может быть вызвано всем перечисленным, кроме
а) физической травмы
б) психической травмы
в) операции
г) стресса
д) применения кортикостероидов

80. На объем и качество медико-социальной помощи населению влияют:
- а) удаленность медицинских учреждений от места жительства пациентов
 - б) укомплектованность квалифицированными кадрами
 - в) возможность получения специализированной медицинской помощи
 - г) возможность реализации нормативов медико-социального обеспечения
81. Что не является показанием для проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи?
- а) получение жалоб от застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
 - б) летальные исходы при оказании медицинской помощи;
 - в) внутрибольничное инфицирование и осложнение заболевания;
 - г) повторное необоснованное обращение по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации
82. Этиологическими факторами акромегалии являются все перечисленные, кроме
- а) соматотропиномы
 - б) соматомаммотропной опухоли гипофиза
 - в) опухоли гипоталамуса
 - г) черепно-мозговой травмы
 - д) туберкулезного менингита
83. Наиболее эффективными консервативными методами лечения болезни Иценко - Кушинга следует считать все перечисленные, кроме
- а) терапии хлоридитаном
 - б) терапии парлоделом
 - в) комбинированной терапии парлоделом и хлоридитаном
 - г) терапии мамомитом
 - д) терапии оримитеном
84. Клинические симптомы при гипоталамическом синдроме пубертатного периода проявляются всем перечисленным, кроме
- а) ожирения
 - б) истощения
 - в) бледно-розовых стрий на коже
 - г) замедления полового развития
 - д) ускорения полового развития
85. Показанием для адреналэктомии при болезни Иценко - Кушинга является все перечисленное, кроме
- а) отсутствия эффекта от консервативных методов терапии
 - б) тяжелой формы заболевания
 - в) аденоматоза надпочечников
 - г) высокого уровня кортизола в крови
 - д) непереносимости лекарственной терапии
86. Блокирование кортикостероидов надпочечников при болезни Иценко - Кушинга может проводиться всеми перечисленными препаратами, кроме

- а) хлодитана
 - б) аспирина
 - в) мамомита
 - г) оримитена
 - д) элиптена
87. Рентгенодиагностика при болезни Иценко - Кушинга выявляет все перечисленное, кроме
- а) остеопороза спинки турецкого седла
 - б) остеопороза тел позвонков
 - в) гиперплазии обоих надпочечников
 - г) увеличения одного надпочечника при отсутствии другого
 - д) внутричерепной гипертензии
88. Дифференциальную диагностику болезни Иценко - Кушинга следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) гипоталамического синдрома с нарушением жирового обмена и гипертензией
 - б) глюкостеромы
 - в) эктопированного АКТГ-синдрома
 - г) ожирения с артериальной гипертензией
 - д) гипотиреоза
89. Лабораторные данные при болезни Иценко - Кушинга выявляют все перечисленное, кроме
- а) тромбоцитопении
 - б) эритроцитоза
 - в) эозинопении
 - г) лимфоцитопении
 - д) нейтрофильного лейкоцитоза
90. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:
- а) все население, за исключением неработающих граждан
 - б) дети и подростки
 - в) беременные женщины
 - г) работающие граждане
91. Костные изменения при болезни Иценко - Кушинга могут проявляться всем перечисленным, кроме
- а) деформации и переломов костей
 - б) остеопороза
 - в) задержки роста в детском возрасте
 - г) болевого синдрома различной интенсивности и длительности
 - д) гиперостоза
92. Сердечно-сосудистые нарушения при болезни Иценко - Кушинга проявляются всем перечисленным, кроме
- а) брадикардии
 - б) тахикардии
 - в) артериальной гипертензии

- г) электролитно-стероидной кардиопатии
д) гипертрофии левого желудочка сердца
93. Повышение продукции глюкокортикоидов приводит ко всему перечисленному, кроме
- а) похудания
 - б) ожирения
 - в) появления на коже стрий
 - г) остеопороза
 - д) артериальной гипертензии
94. Больные болезнью Иценко - Кушинга предъявляют все перечисленные жалобы, за исключением
- а) общей слабости
 - б) головной боли
 - в) похудания
 - г) болей в спине и конечностях
 - д) изменения внешности
95. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:
- а) улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
 - б) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
 - в) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
 - г) все вышеперечисленное
96. В патогенезе болезни Иценко - Кушинга играет роль все перечисленное, кроме
- а) снижения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
 - б) повышения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
 - в) повышения уровня серотонина
 - г) повышения уровня АКТГ
 - д) повышения уровня кортизола
97. Кортизол оказывает все перечисленные эффекты, кроме
- а) усиления неоглюкогенеза
 - б) повышения глюкозы крови
 - в) увеличения распада белка
 - г) увеличения задержки натрия в почках
 - д) усиления воспалительной реакции организма
98. Для проведения «малой пробы» с дексаметазоном с целью исследования регуляции функции коры надпочечников по уровню кортизола используют дексаметазон в количестве
- а) 1 мг
 - б) 1.5 мг
 - в) 2 мг
 - г) 3 мг
 - д) 4 мг

99. Гормоны - это вещества, которые синтезируются в железах внутренней секреции и поступают непосредственно
- а) в кровь
 - б) в лимфу
 - в) в спинномозговую жидкость
 - г) в мочу
 - д) в желудочно-кишечный тракт
100. Адренокортикотропный гормон (АКТГ) синтезируется
- а) в гипофизе (в передней доле)
 - б) в гипоталамусе
 - в) в коре головного мозга
 - г) в мозжечке
 - д) в лимбической системе

Перечень ситуационных задач.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная А., 16 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, утомляемость, похудание, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание до 5 л в сутки, онемение кистей и стоп. Ухудшение самочувствия отмечает в течение недели после ОРВИ. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 1,64 м, масса тела - 50 кг, ИМТ – 18,6 кг/м². Кожные покровы сухие, бледные. Астенического телосложения. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 78 уд. в мин., АД - 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см.

Общий анализ крови - эр.-4,0 x 10¹²/л, Нв-130 г/л, L-5,4 x 10⁹/л, э-1%, п-3%, с-57%, л-34%, м-5%, СОЭ-10 мм/час. Общий анализ мочи – цвет с.-желт., белок «0» г/л, эпителий плоский 1 – 2 в п/з, лейкоциты 1–2 в п/з.

Глюкоза крови натощак – 14,7 ммоль/л, Глюкоза мочи – 16 ммоль/л, ацетон (-). Суточный гликемический профиль: 6.00 – 13,0 ммоль/л, 10.00 – 15,7 ммоль/л, 13.00 – 16,2 ммоль/л, 22.00 – 12,0 ммоль/л. Гликозилированный гемоглобин (Нв А1с) – 9%. Холестерин – 4,0 ммоль/л. Остаточный азот – 20,7 ммоль/л. Мочевина – 6,3 ммоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л.

Осмотр окулиста: глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы четкие, вены полнокровны, микроаневризмы, артерии обычного калибра.

Лечение: Актрапид НМ 8.00 – 8 ЕД, 13.00 – 8 ЕД, 17.00 - 7 ЕД. Протафан 8.00 – 10 ЕД, 22.00 – 8 ЕД.

1. Определите патогенетические механизмы развития заболевания.

2. Поставьте диагноз, оцените компенсацию.
3. Наметьте необходимые дополнительные исследования.
4. Проведите коррекцию сахароснижающей терапии.

Ответ на задачу №1.

1. СД 1 типа обусловлен аутоимунной деструкцией В-клеток поджелудочной железы, которое приводит к абсолютному дефициту инсулина и необходимости пожизненного введения экзогенного инсулина.
2. Сахарный диабет 1 типа, HbA1c <6,5% ; глюкоза крови натощак < 6,5%, ППГ < 8,0 ммоль/л.
3. Целевые уровни липидного обмена: ОХС < 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л, ХС ЛПВП > 1,0 ммоль/л (муж), > 1,3 ммоль/л (жен), ТГ < 1,7 ммоль/л.
4. Протафан 12/10 Ед; Актрапид НМ – расчет на ХЕ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная В., 52 лет. Предъявляет жалобы на слабость, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 1,76 м, масса тела - 96 кг. ИМТ – 31,0 кг/м². Кожные покровы сухие. Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в минуту. АД - 140/90 ммртст. Живот мягкий, безболезненный.

Дополнительные исследования: общий анализ крови - эр.-4,2 x 10¹²/л, Нв-120 г/л, L-8,0 x 10⁹/л, э-2%, п-2%, с-56%, л-39%, м-1%, СОЭ-20 мм/час. Общий анализ мочи – цвет с.- желт., реакция кислая, уд. вес 1020, белок «0» г/л, эпителий плоский 2 – 3 в п/з, лейкоциты – 3 – 4 в п/з. Глюкоза крови натощак – 9,2 ммоль/л, глюкоза мочи – 8 ммоль/л, ацетон (-), гликозилированный гемоглобин (Hb A1c) - 7%. Суточный гликемический профиль: 6.00 – 5,8 ммоль/л, 10.00 – 9,0 ммоль/л, 13.00 – 11,8 ммоль/л, 16.00 – 10,2 ммоль/л, 22.00 – 4,0 ммоль/л. Холестерин - 8,1 ммоль/л, β-ЛП - 68 ед. Остаточный азот - 23,5 ммоль/л.

Осмотр окулиста: глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы четкие, артерии узкие извиты, вены полнокровны, микроаневризмы.

1. Поставьте диагноз, тип, тяжесть и фазу компенсации.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Наметьте план дополнительного обследования.
4. Выберите медикаментозной метод лечения и оптимальный препарат.

Ответ на задачу №2.

1. СД 2 типа, ДР I ст.
2. Возраст 52 года, ожирение I ст., HbA1c < 7%, наличие гипергликемии, глазное дно: полнокровие вен сетчатки, микроаневризмы.
3. Исследование расширенного липидного спектра.
4. Метформин, монотерапия иДПП-4, а-ГПП-1, иНГЛТ-2.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больной Р., 29 лет. Болен сахарным диабетом с 12 лет. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетоацидозу. Постоянно находится на интенсифицированной инсулинотерапии, в настоящее время получает Хумулин НПХ 12 ЕД перед завтраком и 8 ЕД перед ужином, Хумулин Р перед основными приемами пищи (завтрак, обед, ужин) 6/6/6 ЕД. В течение 5 лет отмечает снижение зрения, около года периодически появляются отеки нижних конечностей, повышение артериального давления.

Объективно: рост – 1,70 м, масса тела – 74 кг. Кожные покровы бледные, пастозность лица, голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца смещена влево на 1 см от левой срединно-ключичной линии. При аускультации – тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 159/90 ммртст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги.

Дополнительные исследования: общий анализ крови - эр.-4,0 x 10¹²/л, Нв-124 г/л, L-6,8 x 10⁹/л, э-1%, п-3%, с-61%, л-30%, м-5%, СОЭ-16 мм/час. Общий анализ мочи – цвет с.- желт., реакция кислая, уд. вес 1030, белок 0,099 г/л, эпителий плоский 2 – 3 в п/з лейкоциты 3 – 4 в п/з эритроциты 1 – 3 в п/з, бактерии (+). Глюкоза крови натощак 14,0 ммоль/л. Суточный гликемический профиль 6.00 – 8,5 ммоль/л, 10.00 – 9,8 ммоль/л, 13.00 – 12,8 ммоль/л, 16.00 – 13,6 ммоль/л, 22.00 – 8,8 ммоль/л. Глюкоза мочи 16,8 ммоль/л. Общий белок – 62 г/л, остаточный азот – 24 ммоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л. Глазное дно: диски зр. нервов бледные, артерии сужены, вены расширены, микроаневризмы, точечные геморрагии.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените фазу компенсации заболевания.
3. Назовите основные клинические симптомы сосудистых осложнений.
4. Проведите коррекцию лечения с использованием аналогов инсулина ультракороткого и пролонгированного действия (Новорапид, Лантус).

Ответ на задачу №3.

1.СД 1 типа, ДР Ia. На основании возраста, показателей углеводного обмена, склонности к кетоацидозу, лечения – ИИТ

2.Изменения на глазном дне – наличие микроаневризмы, точечные геморрагии.

3.Снижение дозы инсулина на 20%.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4,ПК5

Больная Л., 16 лет, доставлена в стационар в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих больная страдает сахарным диабетом с 10-ти летнего возраста, постоянно получает инсулинотерапию (Протафан 8.00 – 16 ЕД, 17.00 – 8 ЕД, Актрапид 8.00 – 6 ЕД, 13.00 – 6 ЕД, 17.00 – 6 ЕД). Уровень гликемии 7,0 – 8,0 ммоль/л. Ухудшение общего самочувствия и потеря сознания произошли внезапно, во время урока физкультуры.

Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы влажные. Мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены. Тризм жевательной мускулатуры. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. Пульс - 96 уд. в мин., АД - 100/55 мм рт ст. Дыхание частое, поверхностное, хрипов нет. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Данные лабораторного исследования: глюкоза крови – 2,7 ммоль/л, глюкоза мочи (-) , ацетон (-).

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите экстренные мероприятия.
3. Определите методы профилактики.

Ответ на задачу №4.

1. СД 1 типа, гипогликемическая кома.
2. Введение в/в р-ра 40% глюкозы 40-100 мл, глюкагон 1,0.
3. Коррекция сахароснижающей терапии, диеты, обучение в школе диабета.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4,ПК5

Больной П., 22 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на общую слабость, сонливость, жажду, полиурию, снижение аппетита, тошноту, боли в животе. Из анамнеза известно, что болен сахарным диабетом с 10 лет, постоянно получает инсулинотерапию. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 недель на фоне обострения хронического пиелонефрита, в связи с чем в течение последних двух суток прекратил прием пищи и введение инсулина.

Объективно: Состояние больного средней тяжести, заторможен. Кожные покровы сухие, тургор кожи понижен, лицо бледное. Сухожильные рефлексы снижены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание шумное, глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс малый,

частый - 100 уд. в минуту. АД – 90/60 ммртст. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови – эр. - $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 138 г/л, цв пок 1,0, L – $6,8 \times 10^9/л$, п-3%, с-64%, л-31%, м-2%, СОЭ – 32 мм/час. Биохимическое исследование крови: холестерин – 7,2 ммоль/л, кетоновые тела – 10,2 ммоль/л, рН крови – 7,2. Глюкоза крови – 20,3 ммоль/л. Глюкоза мочи – 46 ммоль/л, ацетон мочи (+++). ЭКГ – снижение зубца Т, удлинение комплекса QRST.

1. Оцените данные лабораторного исследования.
2. Сформулируйте, обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Наметьте и обоснуйте план неотложных мероприятий.

Ответ на задачу №5.

1. Гипергликемия, гиперхолестеринемия, повышение кетоновых тел, снижение рН, наличие ацетонурии.

2. СД 1 типа, кетоацидотическая кома. На основании анамнеза – СД 1 типа, ИИТ, обострение хронического пиелонефрита (наличие инфекции), объективного осмотра, показателей углеводного обмена.

3. Дифф. диагноз: с гиперосмолярной комой (развивается чаще при СД 2 типа, у лиц пожилого возраста, выраженная гипергликемия, дегидратация, сердечная недостаточность, развитие олигурии и азотемии).

4. Инсулинотерапия ИКД в режиме малых доз в/в 0,15 Ед/кг массы тела, затем 0,1 ЕД кг/массы тела, 0,9% NaCl– регидратация при уровне глюкозы крови 13-14 ммоль/л – введение 5-10% раствора глюкозы. Восстановление электролитных нарушений – введение хлорида калия, коррекция метаболического ацидоза – введение бикарбоната натрия при рН менее 7%. Профилактика и лечение интеркуррентных заболеваний: антибиотики, введение гепарина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

В приемное отделение доставлена больная В., 35 лет, с жалобами на резкую слабость, боли в животе, тошноту, рвоту, частый стул.

Отмечает ухудшение самочувствия после перенесенной ОРВИ, оставалась слабость, вялость, адинамия, затем присоединилась тошнота, рвота, диарея (до 5 раз в сутки).

Объективно: состояние тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы пигментированы, коричневого цвета, особенно в естественных складках кожи. Гиперпигментация слизистых оболочек в области губ, десен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы – тоны сердца приглушены, тахикардия.

АД 70/40 ммртст, PS – 110 уд в минуту. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии, по ходу толстого кишечника.

Анализ крови общий: эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 120 г/л, цв пок – 1,0, L – $5,6 \times 10^9/л$, э – 3%, с – 64%, п – 1%, с – 55%, л – 36%, м – 5%, СОЭ – 12 мм/час. Анализ мочи общий: цвет св/желтый, белок «0», эп плоский – 1 – 2 – 3 в п/зр, L – 3 – 4 в п/зр. Глюкоза крови – 3,0 ммоль/л. Na – 130 ммоль/л. К – 6 ммоль/л. Базальный уровень кортизола крови 90 нмоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план дополнительных исследований.
3. Проведите неотложные мероприятия.

Ответ на ситуационную задачу №6.

1. Острая надпочечниковая недостаточность, первичная
2. Необходимо провести исследование анализа крови на АКТГ, альдостерон, ренин, ангиотензин 2; анализ мочи на кортизол. Для уточнения этиологии заболевания – анализ крови на АТ к 21-гидроксилазе. УЗИ надпочечников, КТ-надпочечников, ЭКГ
3. Водный раствор Солу-кортеф (гидрокортизон натрия сукцинат) 100-150 мг внутривенно струйно и в/в капельно 100-150 мг на 400,0 мл физ.раствора; 5% раствор глюкозы -400,0 мл, 50 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. Объем инфузии 2,5-3,5 л/сут

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная, 29 лет, предъявляет жалобы на головную боль в лобно-теменной области, слабость, увеличение массы тела, нарушение менструального цикла.

Объективно: рост 160 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы сухие с багрово-мраморным рисунком. На коже живота, бедер множественные багрово-цианотичные стрии. Рост волос по мужскому типу на лице, груди (гирсутизм). Ожирение неравномерное, по абдоминально типу, с относительно тонкими конечностями, матронизм. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца увеличены влево на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, ритм правильный. PS – 80 уд в минуту. АД – 170/110 ммртст. Печень по краю реберной дуги.

Анализ крови общий: эр. – $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 140 г/л, цв. пок. – 1,0, L – $7,2 \times 10^9/л$, п – 1%, с – 73%, л – 20%, м – 6%, СОЭ – 18 мм/час. Холестерин – 7,6 ммоль/л, ЛПНП – 3,7 ед. Na – 150 ммоль/л. Калий – 3,2 ммоль/л. Кортизол – 850 нмоль/л. МРТ головного мозга – микроаденома гипофиза.

4. Сформулируйте диагноз.
5. Оцените результаты обследования.
6. Определите диагностическую, лечебную тактику.

Ответ на ситуационную задачу №7.

1. Болезнь Иценко-Кушинга. Микроаденома гипофиза (кортикотропинома).
 2. Повышение кортизола крови, гиперхолестеринемия, гипернатриемия, гипокалиемия
 3. Необходимо исследовать кортизол мочи (из суточного количества), уровень кортизола крови в динамике (утром и вечером), проведение малой и большой дексаметазоновой пробы, уровень АКТГ, УЗИ, КТ-надпочечников, глюкозу крови, гликированный гемоглобин.
- Рекомендована трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия. При неэффективности показана консервативная (медикаментозная), лучевая (протоно-) терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больной С., 55 лет, болен СД 2 типа в течение 5 лет. В настоящее время масса тела 110 кг. Попытка похудеть с помощью диеты не принесла желаемого результата. Из anamnesis vitae известно, что отец и дед пациента болели СД.

Был назначен метформин в дозе 1000 мг 2 раза в день.

Объективно: вес больного 110 кг. ИМТ 36,7 кг/м². АД – 140/90 мм рт ст.

Уровень гликозилированного гемоглобина – 9,5%. Выявлена гиперлипидемия с высоким уровнем общего холестерина, низким уровнем холестерина ЛПВП и высоким уровнем триглицеридов. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка. Консультация офтальмолога: глазное дно – ДЗН бледно-розовые, границы четкие, артерии сужены, вены неравномерно расширены, микроаневризмы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите дополнительное обследование.
3. Выберите алгоритм лечения.

Ответ на ситуационную задачу №8.

1. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина -7,0%. Диабетическая ретинопатия 1 стадия.
2. Необходимо провести общеклиническое обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование (общий белок, билирубин, АСАТ, АЛАТ, остаточный азот, мочевины, креатинин, электролитный состав – натрий, калий, кальций); глюкоза крови натощак, суточный гликемический профиль; моча на МАУ; моча на глюкозу крови, ацетон.
3. Уровень гликированного гемоглобина не соответствуют терапевтическим целям, в связи с чем необходимо провести коррекцию диеты и пероральной сахароснижающей терапии с

увеличением дозы препаратов группы бигуанидов до 2500 мг и стратификацией терапии с добавлением второго препарата или инсулина (решение принять после оценки суточного гликемического профиля)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная А., 50 лет. Предъявляет жалобы на слабость, сухость во рту, зуд половых органов в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что брат больной страдает сахарным диабетом.

При объективном осмотре: Рост 176 см, вес 96 кг. Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. Кожа сухая. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в минуту, АД 145/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, сухой. Живот мягкий безболезненный.

Глюкоза крови натощак 6,7 ммоль/л, после еды 12,3 ммоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Определите метод лечения.

Ответ на ситуационную задачу №9.

1. Сахарный диабет 2 типа.
2. Необходимо провести общеклиническое обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование (общий белок, билирубин, АСАТ, АЛАТ, остаточный азот, мочевины, креатинин, липидный спектр); глюкоза крови натощак, суточный гликемический профиль; моча на МАУ; моча на глюкозу крови, ацетон; ЭКГ.
3. Диетотерапия, пероральные сахароснижающие препараты из группы бигуанидов (Метформин, Сиофор, Глюкофаж) 500 мг на ночь, с последующей коррекцией дозы под контролем суточного гликемического профиля.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больной А., 25 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 2 лет. Постоянно находится на ИИТ: Хумулин Н: 8.00 - 16 Ед, 17.30 - 8 Ед; Хумулин Р 8.00 – 6 Ед, 13.00 – 4 Ед, 17.30 - 6 Ед.

Глюкоза крови натощак – 14,6 ммоль/л. Суточный гликемический профиль: 6.00 – 9,4 ммоль/л, 10.00 – 12,8 ммоль/л, 13.00 – 10,3 ммоль/л, 16.00 – 13,9 ммоль/л, 22.00 – 8,6 ммоль/л. Hb A1c-7,2%

2. Сформулируйте диагноз.
3. Определить терапевтические цели.

4. Проведите коррекцию ИИТ.

Ответ на ситуационную задачу №10.

1. Сахарный диабет 1 типа.
2. Учитывая возраст пациентки, отсутствие сосудистых осложнений, терапевтические цели углеводного обмена – гликированный гемоглобин -6,5%, глюкозы крови натощак -6,5 ммоль/л, постпрандиальной глюкозы крови – 8,0 ммоль/л
3. Уровень глюкозы крови натощак и постпрандиальная гликемия не соответствуют терапевтическим целям, в связи с чем необходимо увеличить дозу инсулина средней продолжительности и короткого инсулина перед приемом пищи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная М, 26 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость, похудание, сухость во рту, жажду полиурию до 4 литров в сутки, онемение конечностей. Больна в течение 8 лет. Манифестация сахарного диабета после перенесенной ОРВИ.

Объективно: рост 156 см, вес 49 кг. Кожные покровы сухие, бледные. Тоны сердца громкие, ритм правильный, пульс 74 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Запаха ацетона изо рта нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень +1 см.

Глюкоза крови натощак – 13,2 ммоль/л, глюкоза мочи – 22,0 ммоль/л, ацетон мочи (-) отрицательный.

Лечение: Хумулин Р 8.00 – 10 Ед, 13.00 – 6 Ед, 17.30 - 8 Ед. Хумулин Н: 8.00 - 16 Ед, 17.30 - 8 Ед.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Переведите на лечение аналогами инсулина человека.

Ответ на ситуационную задачу №11.

1. Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина -6,5%.
2. Учитывая молодой возраст пациентки, высокий уровень гликемии и наличие глюкозурии, показана инсулинотерапия аналогами инсулина человека с коррекцией дозы под контролем суточного гликемического профиля. Рекомендовано: Инсулин гларгин (Туджео) 24 ЕД/сут, инсулин глулизин (Апидра) 8.00-10ЕД, 13.00-6ЕД, 17.30-8ЕД.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная Т., 28 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на учащённое сердцебиение, повышенную раздражительность, похудание, потливость, общую слабость, дрожь в руках, учащение стула до 2-3 раз в сутки. Заболела 2 месяца назад после перенесённой психотравмы. У матери-увеличение щитовидной железы.

Объективно: рост 168 см., вес 60кг.. Кожные покровы тёплые, влажные, ЧСС 108 в минуту. АД 130/60 мм.рт.ст.. Тоны сердца громкие, на верхушке выслушивается систолический шум. Щитовидная железа диффузная II степени, подвижная, безболезненная. Отмечается тремор пальцев вытянутых рук. Положительные глазные симптомы Дальримпля, Грефе, Кохера, Мебиуса.

Дополнительные исследования: общий холестерин - 3,9 ммоль/л, ЛПНП – 2,2 ммоль/л, триглицериды – 0,44 ммоль/л, УЗИ щитовидной железы- диффузная гипэхогенность, объём щитовидной железы 22 см³.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Определите метод лечения.

Ответ на ситуационную задачу №12.

1. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова).

2. а) исследование функциональной активности щитовидной железы:

-ТТГ;

-св. Т3;

-св. Т4.

б) исследование иммунологических маркеров – антитела к рТТГ, ТГ, ТПО.

в) методы визуализации – УЗИ, цветное доплеровское картирование, сцинтиграфия щитовидной железы; КТ и МРТ, рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода для диагностики загрудинного зоба, уточнения расположения зоба по отношению к окружающей ткани, определения смещения или сдавления трахеи и пищевода.

3. Консервативное лечение – для достижения эутиреоза (тиамазол 30-40 мг/сут или пропилтиоурацил 300-400 мг/сут). На фоне такой терапии спустя 4-6 недель у 90% больных тиреотоксикозом удается достичь эутиреоидного состояния (нормализация св. Т4, ТТГ еще длительное время может оставаться пониженным). После нормализации св.Т4 дозу тиреостатика начинают снижать и через 2-3 недели переходят на прием поддерживающей дозы (10 мг). Параллельно, начиная с момента нормализации св. Т4 или несколько позже пациенту назначается левотироксин в дозе 25-50 мкг в день. Такая схема получила название «блокируй и замещай». Радиойодтерапия проводится в случае рецидива тиреотоксикоза после проведенного консервативного лечения (непрерывная терапия тиреостатическими препаратами с подтвержденным эутиреозом в

течение 12-18 месяцев), невозможности приема тиреостатиков (лейкопения, аллергические реакции), отсутствия условий для консервативного лечения и наблюдения за больными. Оперативное лечение показано при загрудинном зобе, диффузных и узловых формах зоба с компрессионным синдромом, отказе пациента от РЙТ. Методом выбора является тотальная тиреоидэктомия. Препараты левотироксина назначают сразу в полной заместительной дозе (1,6-1,8 мкг/кг веса пациента. Определить уровень ТТГ следует через 6-8 недель после операции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больной Н., 46 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, сонливость, отечность лица, запоры. Кожные покровы бледные, сухие. Лицо одутловатое. На нижних конечностях - плотные отеки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см. ЧСС 54 в минуту. АД 115/90 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Язык несколько утолщен. Речь замедлена. Щитовидная железа не пальпируется. Гормональный спектр крови: ТТГ – 18,0 мМЕ/мл, Т3св. - 1,06 пмоль/л, Т4св. - 4,49 пмоль/л. Липидный спектр: ТГ – 2,6 ммоль/л, ЛПВП – 0,9 ммоль/л.

1. Оцените результаты проведенных исследований.
2. Определите объем дополнительных исследований.
3. Проведите обоснование диагноза.
4. Выберите тактику лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 13.

1. Опрос и осмотр пациента – жалобы и объективные клинические признаки (общая слабость, сонливость, отечность лица, запоры; бледные, сухие кожные покровы, одутловатое лицо, плотные отеки на нижних конечностях, расширение границы сердца влево на 2 см, утолщение языка, глухие тоны сердца) характерны для гипотиреоза; АД 115/90 – снижение систолического и повышение диастолического АД; ЧСС 54 в мин. – брадикардия; гормональный тиреоидный спектр – ТТГ ↑, Т4св., Т3св. ↓; липидный спектр – ЛПВП ↓, ТГ ↑.
2. ОАК (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты), БХ анализ крови (АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ, холестерин, фенотипирование липопротеидов); АТ-ТПО, УЗИ щитовидной железы, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания (при наличии дыхательных расстройств).
3. Диагноз на основании клинических данных и результатов лабораторных исследований (общая слабость, сонливость, отечность лица, запоры; бледные, сухие кожные покровы, одутловатое лицо, плотные отеки на нижних конечностях, расширение границы сердца влево на 2 см, утолщение языка, глухие тоны сердца; АД 115/90 – снижение систолического и повышение диастолического АД; ЧСС 54 в

мин. – брадикардия; гормональный тиреоидный спектр – ТТГ ↑, Т4св., Т3св. ↓; липидный спектр – ЛПВП ↓, ТГ ↑).

4. Заместительная терапия препаратами левотироксина натрия (L-тироксин, эутирокс) в дозе 1,6-1,8 мкг на 1 кг веса у пациентов без кардиальной патологии и моложе 55 лет; 0,9 мкг на кг веса у пациентов с кардиальной патологией и старше 55 лет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная С., 44 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на утолщение в области шеи. Из анамнеза известно, что увеличение щитовидной железы определялось в течение 5 лет. Не обследовалась, не лечилась. В течение последнего года стала отмечать увеличение щитовидной железы, стала видна на глаз.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа сухая, бледная. Тремора рук нет. Лицо несколько отечное. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 56 уд. в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст. Щитовидная железа видна на глаз («симптом толстой шеи»), при пальпации увеличена до II степени, неравномерной плотности, безболезненная, подвижная при глотании.

Дополнительные исследования: Т3св. - 4,2 пмоль/л, Т4св. - 10,0 пмоль/л, ТТГ- 15,5 мМЕ/мл. Обнаружены АТ к ТПО в высоких титрах.

1. Оцените результат проведенных исследований.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите методы лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 14

1. При проведении исследования гормонального спектра выявлено значительное повышение уровня ТТГ (норма 0,4-4,0 мМЕ/мл), при снижении ближе к нижней границе нормы Т4 св. (норма 9,0 – 24,4 пмоль/л) и Т3 св. (норма 2,3-6,3 пмоль/л), что может быть расценено как субклиническая форма гипотиреоза. Наличие высокого титра антител к тиропероксидазе может свидетельствовать об аутоиммунной природе гипотиреоза.

2. Диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, субклинический гипотиреоз

3. Заместительная гормональная терапия: L-тироксин в дозе 1,6 мкг/кг массы тела, контроль ТТГ через 6-8 недель с целью коррекции дозы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Компетенции: УК1, ПК1, ПК2, ПК4, ПК5

Больная Ж., 44 лет, страдает диффузным токсическим зобом, по поводу которого в течение 6 месяцев принимала тирозол. Состояние улучшилось, лечение самостоятельно прекратила. В течение 3 месяцев

самочувствие начало постепенно ухудшаться, похудела. Две недели тому назад перенесла тяжелую форму гриппа, после которого возникли сердцебиение, выраженная слабость, потливость. Два дня назад повысилась температура тела до 38,6 градусов, состояние резко ухудшилось.

Объективно: пониженное питание, рост 165см., вес 51кг., температура тела 40,5 градусов. Больная возбуждена, резкий тремор пальцев рук, дрожание всего тела. В нижних отделах лёгких влажные хрипы. Пульс 146 уд. в минуту, мерцательная аритмия, дефицит пульса – 22. АД – 100/30 мм.рт.ст. край печени выступает из-под рёберной дуги на 4 см, мягкий, безболезненный.

Дополнительные исследования: общий анализ крови – эр. – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Нв – 126 г/л, L – $3,6 \cdot 10^9$, э – 2%, п – 1%, л – 34%, м – 8%, СОЭ – 30мм/час. Общий анализ мочи – без изменений. Общий белок – 64 г/л. Холестерин – 3,1 ммоль/л. ЛПНП – 2,1ммоль/л. ТГ – 0,45 ммоль/л. Глюкоза крови – 5,4 ммоль/л. АСТ – 41 е/л. АЛТ – 53 е/л.

1. Поставьте диагноз. Проведите его обоснование.
2. Оцените результаты исследования.
3. Какие необходимо провести необходимые исследования.
4. Наметьте план неотложной терапии.

Ответ на ситуационную задачу № 15.

1. Диагноз: Диффузный токсический зоб, рецидивирующее течение, декомпенсация, тиреотоксический криз.

Диагноз установлен на основании анамнеза заболевания (отмена тиреостатиков без назначения врача), жалоб больной на снижение массы тела, слабость, потливость; данных осмотра Характерные проявления тиреотоксического криза: лихорадка $>40^{\circ}\text{C}$ - важнейший диагностический признак; внезапно начавшаяся синусовая тахикардия с ЧСС более 140 в минуту, аритмии; неожиданное развитие сердечной недостаточности с резкой артериальной гипотензией и отеком легких; психические изменения: от возбуждения до психоза и комы; увеличение печени (нижний край выступает из-под реберной дуги на 4 см) – тиреотоксический гепатоз.

2. Лейкоцитоз с умеренным сдвигом влево может присутствовать даже без инфекции. Изменение липидного спектра со снижением уровня холестерина, ЛПНП и триглицеридов свидетельствует о катаболических процессах, свойственных тиреотоксикозу; повышение АСТ и АЛТ подтверждает наличие патологических процессов печени (тиреотоксический гепатоз), отсутствие воспалительной реакции в общем анализе крови и незначительное повышение СОЭ исключают инфекционную причину. Гипопротеинемия.

3. Анализ крови на ТТГ, Т3 св., Т4 св., УЗИ щитовидной железы, исследование протромбинового индекса и фибриногена, щелочной фосфатазы.

4. Лечение проводят в условиях реанимационного отделения. Начинать лечение следует немедленно, уже при первых клинических проявлениях, не ожидая результатов лабораторных исследований. Для блокирования синтеза тиреоидных гормонов назначают тиреостатические препараты - тиамазол или пропилтиоурацил. Парентеральные формы этих препаратов не производятся, поэтому больным в коме их вводят через назогастральный зонд или ректально. При диарее последний путь введения не используют. Пропилтиоурацил назначают в нагрузочной дозе 500-1000 мг однократно и далее по 250 мг каждые 4 ч. Доза тиамазола может достигать 100 мг в сутки (по 20-25 мг каждые 6-8 ч). Пропилтиоурацил, кроме того, обладает способностью блокировать периферическую конверсию Т4 в Т3, поэтому многие отдадут предпочтение этому препарату.

Данные тиреостатические препараты не оказывают влияние на уже синтезированные и хранящиеся внутри фолликула йодсодержащие гормоны. Для ингибирования протеолиза коллоида и предотвращения выброса Т4 и Т3 в кровь назначают неорганический йод или лития карбонат. Оптимально применение йода внутрь (в виде йод + [калия йодид + глицерол] (люголя раствор с глицерином) или насыщенного раствора калия йодида по 5-8 капель каждые 6 ч) или парентерально. Раннее назначение поддерживающей терапии внутривенной инфузии натрия йодида (0,5-1,0 г каждые 12 ч) возможно, если приготовить стерильный раствор *ex tempore*.

Как минимум за час до начала терапии йодом необходимо назначить антитиреоидные препараты, так как отсутствие медикаментозной блокады синтеза тиреоидных гормонов создает условия для накопления гормонов в щитовидной железе и, в случае их высвобождения в кровь, резкого усиления тиреотоксикоза. При назначении йода в сочетании с полной дозой антитиреоидных препаратов происходит быстрое снижение уровня сывороточного Т4 и нормализация его в течение 4-5 дней.

Лития карбонат - альтернативное средство для ингибирования выброса тиреоидных гормонов при аллергии на йод. Его можно применять также у пациентов с серьезными токсическими реакциями на пропилтиоурацил; или тиамазол. Малые аллергические реакции на тиамазол и пропилтиоурацил (например, сыпь) не могут быть противопоказанием к их применению при тиреотоксическом кризе, но агранулоцитоз в анамнезе - основание для альтернативной терапии (например, лития карбонатом). Лития карбонат назначают по 300 мг каждые 6 ч с последующей коррекцией дозы для поддержания уровня лития в плазме на уровне 0,8-1,2 мэкв/л (1 ммоль/л).

Перечень экзаменационных вопросов:

1. Определение и классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1990г., с дополнениями).
2. Сахарный диабет 1 типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3. Сахарный диабет 2 типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Диагностические критерии сахарного диабета и других категорий гипергликемии.
5. Консенсус по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа.
6. Диабетические ангиопатии. Классификация осложнений сахарного диабета.
7. Диабетическая ретинопатия. Классификация. Диагностика. Методы лечения.
8. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек.
9. Диабетическая нейропатия.
10. Сахарный диабет, АГ и ИБС. Особенности клиники и лечения.
11. Синдром диабетической стопы. Клинические формы. Методы лечения.
12. Гестационный сахарный диабет.
13. Диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома. Диагностика. Лечение.
14. Гипогликемия и гипогликемическая кома. Неотложные мероприятия.
15. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз.
16. Методы лечения диффузного токсического зоба. Показания и противопоказания.
17. Эндокринная офтальмопатия. Клиника. Лечение.
18. Тиреотоксический криз. Неотложные мероприятия.
19. Гипотиреоз. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение.
20. Гипотиреоидная кома, неотложная помощь.
21. Подострый тиреоидит. Особенности клинического течения. Лечение.
22. Аутоиммунный тиреоидит. Клинические формы, диагностика, лечение.
23. Болезнь Иценко-Кушинга. Дифференциальный диагноз с другими формами гиперкортицизма, методы лечения болезни Иценко-Кушинга.
24. Акромегалия. Алгоритм диагностики и лечения. Диспансеризация.
25. Несахарный диабет. Клиника, диагностика, лечение.
26. Хроническая недостаточность коры надпочечников. Клиника, диагностика, лечение.
27. Острая недостаточность коры надпочечников. Неотложная терапия.
28. Заболевания околощитовидных желез. Клиническая картина. Методы лечения.
29. Гипогонадизм. Алгоритмы диагностики и лечения.
30. Йододефицитные заболевания. Профилактика и лечение.
31. Гормонально-активные опухоли надпочечников. Алгоритм диагностики и лечения.
32. Системный остеопороз.
33. Аутоиммунные полигландулярные синдромы.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Определение и классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999г. с дополнениями).
2. Диффузный токсический зоб (Болезнь Грейвса). Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Сахарный диабет 1 типа: этиология и патогенез.
2. Методы лечения диффузного токсического зоба. Показания и противопоказания.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №3
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Сахарный диабет 2 типа: этиология и патогенез.
2. Эндокринная офтальмопатия. Клиника. Лечение.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №4
для Государственной Итоговой Аттестации

по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология

1. Диагностические критерии сахарного диабета и других категорий гипергликемии.
2. Тиреотоксический криз. Неотложные мероприятия.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №5
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Сахарный диабет 1 типа: клиника, диагностика.
2. Гипотиреоз. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №6
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Сахарный диабет 2 типа: клиника, диагностика.
2. Гипотиреотидная кома. Неотложная помощь.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №7
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Лечение сахарного диабета 1 типа.
2. Подострый тиреоидит. Особенности клинического течения. Лечение.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №8
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Лечение сахарного диабета 2 типа.
2. Аутоиммунный тиреоидит. Клинические формы, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №9
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Консенсус по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа.
2. Акромегалия. Алгоритм диагностики и лечения. Диспансеризация.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №10
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома.
2. Болезнь Иценко-Кушинга. Дифференциальный диагноз с другими формами гиперкортицизма.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №11
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Диабетическая ретинопатия.
2. Лечение болезни Иценко-Кушинга.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №12
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Диабетическая нефропатия.
2. Несахарный диабет. Клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №13
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек.
2. Хроническая недостаточность коры надпочечников. Клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №14
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Сахарный диабет и артериальная гипертензия.
2. Острая недостаточность коры надпочечников. Неотложная терапия.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №15
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Диабетическая нейропатия.
2. Заболевания околощитовидных желез. Клиническая картина. Методы лечения.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №16
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца.
2. Гипогонадизм. Алгоритмы диагностики и лечения.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №17
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Диабетические ангиопатии. Классификация осложнений сахарного диабета.
2. Йоддефицитные заболевания. Профилактика и лечение.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №18
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Гипогликемия и гипогликемическая кома.
2. Гормонально-активные опухоли надпочечников. Алгоритм диагностики и лечения.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №19
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Гестационный сахарный диабет.
2. Системный остеопороз.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №20
для Государственной Итоговой Аттестации**

**по дисциплине Эндокринология
по специальности 31.08.53 Эндокринология**

1. Синдром диабетической стопы.
2. Аутоиммунные полигландулярные синдромы.
3. Ситуационная задача.

Ректор _____ Р. Е. Калинин

Зав. кафедрой факультетской терапии _____ О. М. Урясьев
(подпись)