

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность **31.08.53 Эндокринология**

Год начала обучения **2021 год**

Всего ЗЕТ **3**
Всего часов **108**

Программа ГИА разработана в соответствии со следующими документами:

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.08.53 «Эндокринология», утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 года № 1096;

- Приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программы ординатуры»;

- Профессиональным стандартом «Врача-эндокринолог» утвержденным приказом Минтруда России утверждённому 14 марта 2018г. приказ №132н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач - эндокринолог"»

1. Цель и сроки проведения ГИА

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы (далее – ОПОП) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности **31.08.53** Эндокринология.

2. Требования к обучающимся при допуске к ГИА

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной образовательной программе высшего образования.

3. Виды государственных аттестационных испытаний

Государственная итоговая аттестация выпускников по образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.53 Эндокринология проходит в форме госэкзамена.

Государственный экзамен проводится для оценивания результатов освоения ОПОП, разработанной в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.08.53 Эндокринология определения уровня подготовленности выпускника к самостоятельному выполнению трудовых функций.

Трудоёмкость Госэкзамена составляет 3 з.е., проводится на 2 курсе

4. Структура аттестационных испытаний.

4.1. Структура государственного экзамена

На государственном экзамене выпускники должны продемонстрировать готовность к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности по специальности 31.08.53 Эндокринология

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Государственный экзамен включает в себя следующие этапы:

1. Этап – Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков
2. Этап – Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры
3. Этап – Оценка способности применять знания и умения при решении

профессиональных задач

Перечень дисциплин, определяющих содержание Госэкзамена:

Этап проведения Госэкзамена*	Перечень дисциплин
1. Уровень освоения практических навыков	• Эндокринология
2. Тестовый контроль	• Эндокринология • Общественное здоровье и здравоохранение • Педагогика • Медицина чрезвычайных ситуаций

	<ul style="list-style-type: none"> • Патологии • Клиническая фармакология • Дерматовенерология • Инфекционные болезни • Медицинская информатика • Педагогическая психология • Онкология • Гистология, эмбриология, цитология • Основы фармакотерапии и персонализированной медицины
3. Итоговое собеседование	<ul style="list-style-type: none"> • Эндокринология • Общественное здоровье и здравоохранение • Педагогика • Медицина чрезвычайных ситуаций • Патологии • Клиническая фармакология • Дерматовенерология • Инфекционные болезни • Медицинская информатика • Педагогическая психология • Онкология • Гистология, эмбриология, цитология • Основы фармакотерапии и персонализированной медицины

4.2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Университет утверждает приказом ректора расписание, в котором указываются даты, время и место проведения защиты ВКР и консультации, и доводит расписание до сведения обучающихся, членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Государственный экзамен проводится по утвержденной Университетом программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Первый этап:

Цель: оценка умений и навыков выпускников по осмотру больного, анализу данных лабораторного и инструментального исследований, проведению мероприятий по оказанию первой врачебной помощи, определению тактики лечения, а также других специальных профессиональных умений по специальности 31.08.53 Эндокринология. Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедры: в профильных стационарных отделениях эндокринологии, и учебно-лечебных кабинетах кафедры профилирующей дисциплины (кафедра эндокринологии), где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение. На подготовку

к ответу обучающему предоставляется не менее 30 минут, а на ответ экзаменатор затрачивает не более 20 минут.

Форма проведения – устно.

Второй этап:

Цель: оценка уровня теоретических знаний по основным клиническим дисциплинам.

Проверка уровня теоретической подготовленности на тестовом экзамене проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из массива по всем разделам профильных дисциплин, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

Место проведения – компьютерный класс университета.

Форма проведения – тестирование по компетенциям, установленным в основной профессиональной образовательной программе. Проведение тестирования осуществляется в компьютерном классе .

Третий этап: цель – оценка уровня сформированного у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач.

Форма проведения – собеседование ситуационным клиническим задачам.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене (1 и 3 этапы) выпускнику предоставляется не менее 30 минут, а на ответ не более 20 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания.

Ординаторы должны быть ознакомлены с графиками проведения этапов государственного экзамена. Перерыв между государственными аттестационными испытаниями устанавливается продолжительностью не менее 7 календарных дней.

В случае непрохождения одного из трех этапов государственного экзамена, ординатор не допускается к следующим этапам, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Государственный экзамен должен начинаться в указанное в расписании время в присутствии председателя государственной экзаменационной комиссии (ГЭК).

Секретарь государственной экзаменационной комиссии обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе государственной экзаменационной комиссии, списками ординаторов, протоколами на каждого ординатора. В начале экзамена (1 и 3 этапы) ординаторам выдаются экзаменационные задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

– проведение ГИА для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении ГИА;

– присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего

обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами ГЭК);

– пользование необходимыми обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья техническими средствами при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей;

– обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения ГИА доводятся до сведения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи не более чем на 15 минут.

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 ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК 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 ГИА 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 ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК 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 ГЭК. 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.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее 15 июля.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

5.1 Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы

Этап экзамена	Коды компетенций
1. Оценка практических навыков	<i>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</i>
2. Тестирование	<i>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</i>
3. Собеседование	<i>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</i>

5.2. Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания

Показатели и критерии оценивания	Код(ы) оцениваемой компетенции	Этап проведения экзамена
Знания		
<p>Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю эндокринология. Методика осмотра пациентов с заболеваниями или патологическими состояниями эндокринной системы.</p> <p>Современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний или состояний эндокринной системы. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди населения. Правила внутреннего трудового распорядка.</p>	<i>УК-1, УК-2, УК-№2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-</i>	Тестирование, Собеседование

<p>Конституцию РФ. Взаимосвязь функциональных систем организма и уровней их регуляции. Общие вопросы организации в РФ терапевтической и эндокринологической помощи взрослому и детскому населению.</p> <p>Профессиональные компетенции</p> <p>Симптомы и особенности течения, осложнения у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Генетические основы эндокринной патологии.</p> <p>Этиологию и патогенез заболеваний и состояний эндокринной системы. Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы.</p> <p>Закон и иные нормативно-правовые акты РФ в сфере здравоохранения. Основные клинические проявления заболеваний и состояний нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, моче-половой систем и системы крови, приводящие к тяжелым осложнениям и угрожающие жизни, определение тактики ведения пациента с целью их предотвращения.</p> <p>Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной, медико-санитарной помощи, специализированной, в т.ч. высоко-технологичной, медицинской помощи при заболеваниях и состояниях эндокринной системы. Организацию работы медицинского учреждения.</p> <p>Современные классификации, клиническая симптоматика заболеваний и состояний эндокринной системы и МКБ. Строение и функцию эндокринных желез.</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению.</p> <p>Основные вопросы нормальной и патологической физиологии эндокринных желез человека. Правила санитарно-эпидемиологического режима.</p> <p>Причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления. Анатомо-функциональное состояние эндокринной системы организма в норме и при патологии эндокринной системы.</p> <p>Основы рационального питания, принципы диетотерапии у больных с эндокринной патологией. Клиническую симптоматику и патогенез основных эндокринных заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение.</p> <p>Основы трудового законодательства. Клиническую симптоматику эндокринных осложнений соматических заболеваний.</p>	<p>8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>	
--	---	--

<p>Основы водно-электролитного и минерального обмена, КЩ баланс. Возможные типы их нарушений и принципы лечения. Правила по охране труда и пожарной безопасности.</p> <p>Вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны. О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи.</p>		
Умения		
<p>Оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в норме, при заболеваниях и патологических состояниях. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и патологическими состояниями эндокринной системы.</p> <p>Находить общий язык с больными. Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p> <p>Проводить объективные исследования с применением специальных методов исследования эндокринных желез. Проводить дифференциальный диагноз между эндокринной и другими патологиями. Определить показания к госпитализации.</p> <p>Профессиональные компетенции</p> <p>Интерпретировать полученные данные инструментальных и лабораторных методов исследования эндокринных желез. Диагностика беременности.</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Проведение медицинской экспертизы.</p> <p>Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Определять степень тяжести состояния больного с эндокринной патологией.</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты инструментального исследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом</p>	<p><i>УК-1, УК-2, УК-№</i> <i>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8,</i> <i>ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</i></p>	<p>Тестирование, Собеседование</p>

стандартов медицинской помощи. Правильно собирать анамнез эндокринной патологии

Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Проводить манипуляции независимо от вида эндокринной патологии.

Диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования. Проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Организовывать оценку качества оказания медицинской помощи пациентам.

Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Выработать план обследования и лечения больного с патологией эндокринной системы.

Диагностировать и дифференцировать нозологическую принадлежность и степень тяжести при неотложных состояниях, обусловленных эндокринопатиями. Организовывать выполнение неотложных врачебно-диагностических мероприятий на различных этапах неотложной медицинской помощи.

Ведение учетно-отчетной документации медицинской организации и ее структурных подразделений. Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы.

Проводить коррекцию метаболических нарушений при развитии инфаркта миокарда и инсульта у больных с эндокринной патологией. Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного инструментального исследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

Составить программу ведения больного при экстренных хирургических вмешательствах у больных СД. Интерпретировать и анализировать результаты

<p>дополнительного лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>		
<p>Навыки</p>		
<p>Обоснование, постановка диагноза в соответствии с МКБ. Навыками оказания медицинской помощи при ЧС, в т.ч. участия в медицинской эвакуации.</p> <p>Осмотр пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Умением создания в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда.</p> <p>Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Навыками соблюдения основных требований информационной безопасности. Системой оценки степени и типа ожирения.</p> <p>Профессиональные компетенции</p> <p>Методами исследования чувствительности нижних конечностей: тактильной, болевой, температурной, вибрационной, суставно-мышечного чувства. Методами пальпации молочных желез.</p> <p>Направление пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы на инструментальные исследования и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методикой оценки полового развития.</p> <p>Направление пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы на лабораторные исследования и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Пальпацией щитовидной железы.</p> <p>Критериями интерпретации изменений в общеклинических анализах крови и мочи при эндокринных заболеваниях. Направление пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Методикой сбора жалоб и анамнеза больного с эндокринной патологией. Системой оценки периферической пульсации артерий нижних конечностей.</p>	<p><i>УК-1, УК-2, УК-№</i> <i>ПК-1,</i> <i>ПК-2,</i> <i>ПК-3,</i> <i>ПК-4,</i> <i>ПК-5,</i> <i>ПК-6,</i> <i>ПК-7, ПК-8,</i> <i>ПК-9,</i> <i>ПК-10, ПК-11, ПК-12</i></p>	<p>Тестирование, Собеседование</p>

<p>Критериями интерпретации изменений в биохимических показателях при различных формах эндокринных заболеваний. Методика общего осмотра больного с эндокринной патологией.</p> <p>Критериями интерпретации результатов гормональных исследований крови и мочи при эндокринных заболеваниях. Системой оценки степени гисутизма.</p> <p>Критериями интерпретации диагностических критериев СД и других нарушений гликемии. Методами проведения диагностических проб при эндокринных заболеваниях.</p> <p>Организовывать и управлять деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений. Проводить профилактику и лечение основного заболевания и осложнений в эндокринологии.</p> <p>Навыками проведения обучения пациентов страдающих сахарным диабетом в «школе диабета» по структурированным программам для индивидуального и группового обучения. Умением интерпретировать результаты КТ, МРТ надпочечников.</p> <p>Оценка результатов двухэнергетической рентгеновской и ультразвуковой абсорбциометрии костной ткани. Умение оценивать результаты МРТ гипофиза.</p> <p>Умение интерпретировать результаты цитологических и гистологических исследований операционного материала надпочечников, щитовидной железы. техникой введения инсулина.</p> <p>Методом проведения тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы.</p>		
--	--	--

Шкалы оценивания Госэкзамена

Этап проведения госэкзамена	Шкала оценивания		Оценка
	Описание или % выполнения	Балл	
Демонстрация практических навыков	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) не изложен и не продемонстрирован на манекене,	2	Неудовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с нарушениями последовательности выполнения.	3	Удовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с небольшими ошибками.	4	Хорошо
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован правильно.	5	Отлично
Тестовый контроль	71 и более %	-	Зачтено
	71 и менее %	-	Незачтено
	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий	2	Неудовлетворительно

Собеседование по клиническим задачам	эндокринологии, неумение применить знания практически		
	экзаменующийся усвоил только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, материал излагает не последовательно, затрудняется применить теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя.	3	Удовлетворительно
	экзаменующийся строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	4	Хорошо
	теоретическое содержание специальных дисциплин экзаменующимся освоено полностью, строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	5	Отлично

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП

5.3.1. Типовые задания для оценивания уровня освоения практических (мануальных) навыков

№ п/п	Формулировка задания
1.	Собирает жалобы, анамнез жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
2.	Осматривает пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
3.	Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на инструментальное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
4.	Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

5.	Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
6.	Обосновывает и устанавливает диагноз в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
7.	Разрабатывает плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
8.	Назначает лекарственные препаратов и медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
9.	Оценивает эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
10.	Назначает немедикаментозную терапию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
11.	Оценивает эффективность и безопасность немедикаментозной терапии пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
12.	Назначает лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
13.	Составляет плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
14.	Проводит мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов
15.	Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при

	реализации индивидуальной программы реабилитации или реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
16.	Осуществляет пропаганду здорового образа жизни, профилактика заболеваний и (или) состояний эндокринной системы
17.	Назначает профилактических мероприятий для пациентов с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи
18.	Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней
19.	Заполняет и направляет экстренного извещения о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней, отравления, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, укуса, ослюнения, оцарапывания животными в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор
20.	Проводит противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний
21.	Формирует программу здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ

5.3.2. Примеры тестовых заданий

001. С рецепторами, расположенными на плазматической мембране клеток, взаимодействуют все перечисленные гормоны, кроме

- а) тиреотропного гормона (ТТГ)
- б) фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
- в) лютеинизирующего гормона (ЛГ)
- г) инсулина
- д) кортизола

002. Синтез белка усиливает

- а) кортизол
- б) адреналин
- в) инсулин
- г) тироксин
- д) альдостерон

003. Кортизол оказывает все перечисленные эффекты, кроме

- а) усиления неогликогенеза
- б) повышения глюкозы крови
- в) увеличения распада белка
- г) увеличения задержки натрия в почках

д) усиления воспалительной реакции организма

004. Альдостерон вызывает все следующие биологические эффекты, кроме

а) задержки натрия в дистальных отделах почечных канальцев

б) секреции калия дистальными канальцами

в) повышения артериального давления

г) задержки жидкости

д) снижения артериального давления

005. Наиболее активными андрогенами являются

а) дегидротестостерон

б) тестостерон

в) андростендиол

г) дегидроэпиандростерон

д) андростерон

006. Тестостерон в организме мужчины вызывает все перечисленные эффекты, кроме

а) участия в формировании вторичных половых признаков

б) обеспечения либидо

в) обеспечения потенции

г) стимуляции роста скелета

д) уменьшения объема мышц

007. Избыток тестостерона в организме женщины вызывает все перечисленное, кроме

а) гирсутизма

б) вирилизации клитора

в) аменореи

г) увеличения мышечной массы

д) увеличения грудных желез - макромастию

008. Для оценки резервной возможности надпочечников применяют пробу

а) с нагрузкой КТГ (синактеном)

б) с дексаметазоном (малая)

в) с дексаметазоном (большая)

г) с нагрузкой поваренной солью

д) с нагрузкой калием

009. При введении 1 мг дексаметазона в 12 часов ночи снижение кортизола

в крови на 50% и более на следующее утро свидетельствует

а) о гипокортицизме

б) о нормальной функции коры надпочечников

в) о гиперкортицизме

г) о вторичном гипокортицизме

д) о повышенной секреции АКТГ

010. 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

011. Для проведения "большой пробы" с дексаметазоном

по динамике экскреции 17-оксикортикостероидов с мочой

используют дексаметазон в количестве

а) 1 мг

б) 5 мг

в) 6 мг

г) 7 мг

д) 8 мг

012. Кальцитонин (тиреокальцитонин - ТКТ)

а) снижает кальций крови

б) повышает кальций крови

в) повышает активность щелочной фосфатазы

г) повышает экскрецию гидроксипролина с мочой

д) повышает фосфор крови

013. Паратгормон вызывает

а) повышение активности остеокластов

б) снижение активности остеокластов

в) повышение активности остеобластов

г) снижение активности фермента щелочной фосфатазы

д) снижение экскреции фосфора с мочой

014. Содержание паратгормона повышено в крови

при всех перечисленных состояниях, кроме

а) первичного гиперпаратиреоза

б) вторичного гиперпаратиреоза

в) третичного гиперпаратиреоза

г) синдрома нарушения всасывания

д) гипотиреоза

015. Кортизол

а) снижает активность остеокластов

б) повышает активность остеокластов

в) повышает всасывание кальция в кишечнике

г) снижает экскрецию кальция с мочой

д) повышает скорость образования костной ткани

016. Повышение кальция крови наиболее вероятно

а) при первичном гиперпаратиреозе

б) при незрелости околощитовидных желез

в) при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

г) при раке легкого (без метастаза)

д) при диарее

017. Эктопический АКТГ-синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

а) положительной большой пробы с дексаметазоном

б) повышением кровяного давления

в) клиникой синдрома Иценко - Кушинга

г) высоким уровнем АКТГ

д) гипокалиемией

018. Усиление функции сетчатой зоны коры надпочечников

обуславливает у женщин все перечисленное, кроме

а) гипертрихоза

б) дисфункции яичников

в) аменореи

г) сахарного диабета

д) акневульгарис

019. 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

020. Патология почек и мочевыводящих путей при болезни Иценко - Кушинга проявляется всем перечисленным, кроме

- а) мочекаменной болезни
- б) пиелонефрита
- в) нефросклероза
- г) почечной недостаточности
- д) гипокальциурии

021. Стероидный диабет характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) необходимости инсулинотерапии
- б) гиперинсулинемии
- в) инсулинорезистентности
- г) стабильного течения
- д) хорошего эффекта от терапии сахароснижающими средствами

022. Синдром Нельсона характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) высокого уровня АКТГ в крови
- б) наличия эндоселлярной опухоли
- в) гиперпигментации кожи
- г) высокого уровня кортизола в крови
- д) двусторонней адреналэктомии

023. Активная стадия болезни Иценко - Кушинга характеризуется всеми перечисленными изменениями лабораторных данных, кроме

- а) гипокалиемии
- б) гиперкалиемии
- в) гипофосфатемии
- г) снижения активности щелочной фосфатазы
- д) понижения толерантности к углеводам

024. Отрицательный результат большой пробы с дексаметазоном позволяет исключать

- а) болезнь Иценко - Кушинга
- б) аденоматоз коры надпочечников
- в) глюкостерому
- г) эктопический АКТГ-синдром
- д) кортикостерому

025. Клиническая ремиссия при болезни Иценко - Кушинга проявляется всем перечисленным, кроме

- а) нормализации массы тела
- б) уменьшения трофических кожных изменений
- в) снижения кровяного давления
- г) повышения массы тела
- д) нормализации углеводного обмена

026. Проба с глюкозой (75 г) при активной стадии акромегалии приводит через 60 мин по сравнению с базальным уровнем соматотропного гормона

- а) к умеренному повышению его уровня
- б) к парадоксальному повышению его уровня
- в) к отсутствию изменений в уровне СТГ

г) к выраженному снижению его уровня

д) к незначительному снижению его уровня

027. При синдроме Симмондса выявляется все перечисленное, кроме

а) спланхомикрии

б) брадикардии

в) артериальной гипотензии

г) отсутствия волос в подмышечных областях и на лобке

д) гипергидроза

028. Для глюкостеромы характерно все перечисленное, кроме

а) положительной пробы с дексаметазоном (большая проба Лиддла)

б) отрицательной пробы с дексаметазоном

в) отрицательной пробы с метопироном

г) нарушения суточного ритма гормонов

д) отсутствия изменения секреции кортикостероидов при пробе с АКТГ

029. Для первичного альдостеронизма

характерны все перечисленные электролитные нарушения, кроме

а) гипокалиемии

б) гиперкалиемии

в) гипернатриемии

г) гипохлоремического алкалоза

д) гиперкалиурии

030. При врожденной дисфункции коры надпочечников

выявляют все перечисленное, кроме

а) гиперплазии обоих надпочечников

б) постепенного медленного развития вирилизации

в) повышенного содержания в плазме АКТГ

г) нормального содержания в плазме АКТГ

д) увеличенной экскреции с мочой 17-кетостероидов

031. 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

032. Аддисонический криз клинически проявляется всем перечисленным, кроме

а) резкой дегидратации

б) коллапса

в) нарушения функции почек

г) острой сердечно-сосудистой недостаточности

д) отеками

033. Клинико-лабораторные данные

при хронической надпочечниковой недостаточности

характеризуются всем перечисленным, кроме

а) гипонатриемии

б) гипохлоремии

в) гипокалиемии

г) гиперкалиемии

д) лимфоцитоза, эозинофилии

034. Лечение больных с первичным гипокортицизмом

проводят под контролем всего перечисленного, кроме

- а) общего состояния больного
- б) массы тела
- в) артериального давления
- г) пигментации кожи и слизистых
- д) уровня кортизола крови

035. Антитела к рецепторам ТТГ могут обусловить все перечисленное, кроме

- а) стимуляции аденилатциклазы и усиления биосинтеза тиреоидных гормонов
- б) блокирования рецепторов и снижения биосинтеза тиреоидных гормонов
- в) при взаимодействии со щитовидной железой блокирования рецептора, вызывая рефрактерность к действию ТТГ
- г) корреляции между функциональным состоянием щитовидной железы и количеством антител к рецепторам ТТГ

036. На ЭКГ при токсическом зобе констатируют все перечисленное, кроме

- а) высоких зубцов R, P и T при легкой форме заболевания
- б) укорочения интервала P-Q при легкой форме
- в) отрицательного зубца T при тяжелой форме
- г) двухфазного зубца T при тяжелой форме
- д) отрицательного зубца T при легкой форме

037. Особенности течения токсического зоба у пожилых является все перечисленное, кроме

- а) значительных изменений сердечно-сосудистой системы
- б) частого развития мерцательной аритмии
- в) частого развития недостаточности кровообращения
- г) тремора рук, нередко крупного
- д) редкого наличия апатетического тиреотоксикоза

038. Тиреотоксическое сердце характеризуется всеми следующими проявлениями, кроме

- а) постоянной мерцательной аритмии
- б) увеличения размеров сердца
- в) недостаточности кровообращения
- г) значительных изменений в большом круге кровообращения (периферические отеки, увеличение печени, асцит, гидроторакс)
- д) развития застойных явлений в малом круге кровообращения

039. Тиреотоксический криз сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме

- а) тошноты, рвоты, профузного поноса
- б) профузного потоотделения
- в) мышечной адинамии
- г) нормальной температуры
- д) значительной тахикардии

040. Поглощение ^{131}I щитовидной железой увеличено во всех приведенных случаях, кроме

- а) диффузного токсического зоба
- б) эндемического зоба
- в) субтотальной тиреоидэктомии
- г) лечения радиоактивным йодом
- д) смазывания кожи йодом

041. Сканирование щитовидной железы при токсическом зобе позволяет установить все перечисленное, кроме

- а) активности различных ответов щитовидной железы
- б) определения ее эктопированной ткани
- в) загрудинного расположения
- г) выявления "горячих", "теплых" и "холодных" узлов
- д) проведения дифференциальной диагностики с раком щитовидной железы

042. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение

- а) антител к тиреоглобулину
- б) антител к тиреопероксидазе
- в) антител к клеткам щитовидной железы
- г) иммуноглобулинов
- д) антител ко второму коллоидному антигену

043. Для тиреотоксической аденомы в отличие от диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме

- а) наличия "горячего" узла при сканировании при уменьшенном поглощении ^{131}I окружающей тканью
- б) отсутствия тиреоидстимулирующих антител
- в) наличия тиреоидстимулирующих антител
- г) наличия узла при пальпации или сканировании
- д) тахикардии

044. Длительность терапии мерказолилом составляет не менее

- а) 2-3 мес
- б) 4-6 мес
- в) 7-11 мес
- г) 12-18 мес
- д) 19-24 мес

045. Сердечно-сосудистые нарушения при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) брадикардии
- б) расширения границ сердца
- в) увеличения минутного и систолического объема крови
- г) снижения артериального давления
- д) развития атеросклероза, ИБС

046. 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

047. Лабораторные данные при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) анемии
- б) гиперхолестеринемии
- в) ускорения СОЭ
- г) гипоальбуминемии и гиперглобулинемии
- д) гипохолестеринемии

048. Особенности биосинтеза тиреоидных гормонов

в условиях йодной недостаточности является все перечисленное, кроме

- а) низкого уровня тироксина

- б) повышенного уровня трийодтиронина
 - в) нормального уровня тироксина
 - г) повышенного уровня тироксина
 - д) нормального уровня трийодтиронина
049. Функция щитовидной железы при остром тиреоидите, как правило
- а) повышена
 - б) понижена
 - в) не нарушена
 - г) верно все перечисленное
 - д) дистиреоз
050. Продолжительность подострого тиреоидита обычно составляет
- а) 4-6 мес
 - б) 1-2 мес
 - в) десятилетия
 - г) 5-7 дней
 - д) 1.5-2 года
051. Для гистологической картины аутоиммунного тиреоидита характерно
- а) фиброз с прорастанием капсулы
 - б) инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и клетками Гюртля
 - в) гигантоклеточные гранулемы
 - г) инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами
 - д) прорастание лимфатических и кровеносных сосудов и капсулы железы
052. Назначение тиреоидных препаратов при нормальной функции щитовидной железы является
- а) нецелесообразным
 - б) целесообразным
053. Наиболее частым исходом фиброзного тиреоидита является
- а) тиреотоксикоз
 - б) гипотиреоз
 - в) эутиреоз
 - г) Т3-тиреотоксикоз
 - д) хаситоксикоз
054. Медулярный рак щитовидной железы развивается
- а) из А-клеток - фолликулярных
 - б) из В-клеток - клеток Ашкенази
 - в) из С-клеток - парафолликулярных
 - г) из клеток Гюртля
 - д) из плоскоклеточного эпителия
055. При лабораторном обследовании больных, страдающих остеопорозом, может быть обнаружено
- а) пониженное содержание кальция в крови и увеличение экскреции кальция с мочой
 - б) многократно повышенный уровень щелочной фосфатазы в сыворотке крови
 - в) повышение уровня креатинина и общего белка в сыворотке
 - г) признаки гиперхромной анемии
 - д) сниженное содержание кальция в крови
056. Сахарный диабет 2-го типа наследуется
- а) доминантно

б) рецессивно

в) полигенно

г) геном, сцепленным с X-хромосомой

д) геном, сцепленным с Y-хромосомой

057. Диабет 1-го типа преимущественно сочетается с наличием антигенов HLA, кроме

а) B8

б) DR3

в) B18

г) DR5

д) B7

058. Абсолютная недостаточность инсулина

может быть обусловлена всем перечисленным, кроме

а) опухолей поджелудочной железы

б) острого панкреатита

в) гемохроматоза

г) аутоиммунного поражения поджелудочной железы

д) внепанкреатических факторов

059. Нарушение углеводного обмена при сахарном диабете

проявляется в виде всего перечисленного, кроме

а) торможения процесса фосфорилирования глюкозы и ее окисления

б) замедления перехода углеводов в жиры

в) повышенного перехода углеводов в гликоген

г) повышенного накопления лактата в крови

д) гипергликемии и глюкозурии

060. При наличии сомнительных симптомов и однократной гипергликемии

и нормогликемии в дальнейшем должно быть

проведено одно из нижеперечисленных исследований

а) определение ИРИ

б) определение С-пептида

в) исследование сахара в моче

г) ОГТТ

061. Доза чистой глюкозы, рекомендуемая ВОЗ для проведения ОГТТ, соответствует одному из нижеперечисленных значений

а) 25 г

б) 50 г

в) 75 г

г) 100 г

д) 150 г

062. Сахарный диабет исключается при уровне глюкозы натощак

и через 2 ч после углеводной нагрузки

(75 г глюкозы, кровь капиллярная, ортотолуидиновый метод)

а) 5.5 и 11.7 ммоль/л

б) 6.8 и 8.0 ммоль/л

в) 5.5 и 7.8 ммоль/л

г) 5.8 и 10.9 ммоль/л

д) 7.0 и 11.0 ммоль/л

063. Нарушение толерантности к глюкозе

подтверждается уровнем гликемии натощак

и через 2 ч после углеводной нагрузки, равном

а) 5.9 и 10.1 ммоль/л

- б) 4.8 и 6.7 ммоль/л
- в) 7.8 и 11.1 ммоль/л
- г) 8.1 и 12.0 ммоль/л
- д) 3.2 и 7.1 ммоль/л

064. Сахарный диабет можно диагностировать

при одном из нижеперечисленных значений

- а) гликемия натощак - повышена; HbA1c - нормальный
- б) гликемия натощак - повышена; HbA1c - повышен
- в) гликемия натощак - нормальная; HbA1c - нормальный
- г) гликемия натощак - нормальная; HbA1c - повышен
- д) гликемия натощак - однократно нормальная; HbA1c - повышен

065. Исследование С-пептида наиболее целесообразно использовать

- а) для диагностики ИНСД
- б) для диагностики НТГ
- в) для решения вопроса инсулинотерапии больных ИНСД
- г) выявления больных с "Х"-синдромом
- д) для диагностики липоатрофического диабета

066. Глюкоза цельной венозной крови ниже по уровню глюкозы плазмы

- а) на 5%
- б) на 7.5%
- в) на 10%
- г) на 15%
- д) на 21.5%

067. Общими признаками компенсации диабета являются все перечисленные, кроме

- а) нормогликемии натощак
- б) нормогликемии в течение суток
- в) отсутствия жалоб, характерных для диабета
- г) гиперлипидемии
- д) аглюкозурии

068. Для поражений кожи при сахарном диабете характерно все, кроме

- а) липоидного некробиоза
- б) невуса
- в) диабетического пузыря
- г) диабетического ксантоматоза
- д) контрактуры Дюпюитрена

069. Диабетическая вегетативная кардиопатия

характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) постоянной тахикардии
- б) непостоянной тахикардии
- в) фиксированного сердечного ритма
- г) ортостатической гипотонии
- д) безболевого инфаркта миокарда

070. Диабетическая миокардиодистрофия

характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) укорочения периода изгнания левого желудочка
- б) удлинения периода напряжения
- в) укорочения периода напряжения
- г) повышения диастолического давления левого желудочка без увеличения его диастолического объема
- д) поражения малых сосудов сердца

071. Для сухой неинфицированной гангрены характерно все перечисленное, кроме

- а) локализации чаще на пальцах стопы
- б) наличия некротического участка черного цвета
- в) явления мумификации
- г) кожа на пораженном участке бледная, сухая с небольшим ограниченным некротическим очагом
- д) резко ухудшенного общего состояния больного

072. Для влажной гангрены характерно все перечисленное, кроме

- а) появления пузырей с мутным экссудатом
- б) некроза подкожной клетчатки
- в) малоизмененного общего состояния больного
- г) вовлечения в некротический процесс мышц, костей, сухожилий
- д) возможности развития генерализованного сепсиса

073. Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все, кроме

- а) потери зрения
- б) микроаневризм
- в) изменения диаметра вен
- г) точечных и пятнистых кровоизлияний
- д) наличия экссудатов

074. Для препролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все, кроме

- а) "хлопковидных пятен", выраженных венозных изменений
- б) микрососудистых изменений сетчатки
- в) травмы глаза
- г) отека сетчатки
- д) тромбоза и непроходимости капилляров

075. Для периферической диабетической нейропатии характерно все перечисленное, кроме

- а) снижения сухожильных рефлексов
- б) снижения силы мышц в кистях и стопах
- в) отсутствия гиперестезии
- г) болезненности икроножных мышц при давлении
- д) снижения холодовой, тепловой, болевой и вибрационной чувствительности по типу «перчаток и носков»

076. При синдроме "нарушения клинических проявлений гипогликемии" первым исчезает один из следующих симптомов

- а) головная боль
- б) чувство голода
- в) потливость
- г) парестезии
- д) ощущение жара или холода

077. Стадия I диабетической нефропатии характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) микроальбуминурии (от следов до сотых долей промилле)
- б) нормального АД
- в) усиления фильтрационной функции почек
- г) гипопроteinемии
- д) снижения почечного кровотока

078. Стадия II диабетической нефропатии характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) стойкой протеинурии

- б) снижения концентрационной функции почек
 - в) нормального АД
 - г) сохранной азотовыделительной функции почек
079. Стадия III диабетической нефропатии характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) отеков
 - б) гипертонии
 - в) креатинемии, азотемии, повышения уровня мочевины в крови
 - г) эритроцитурии
 - д) повышения гликемии
080. При возникновении феномена Сомоджи необходимо
- а) снизить суточную дозу короткого инсулина
 - б) снизить калораж во второй половине дня
 - в) скорректировать вечернюю дозу инсулина длительного действия
 - г) скорректировать дозу инсулина перед обедом
 - д) снизить общую дозу инсулина
081. "Dawn"-феномен ("утренней зари") является следствием
- а) повышения концентрации кортизола в плазме
 - б) дефицита действия инсулина в инсулинзависимых тканях
 - в) повышения концентрации гормона роста в ночное время
 - г) снижения клиренса инсулина в плазме
 - д) снижения инсулинсекреторной функции β -клеток поджелудочной железы
082. К симптомам скрытой гипогликемии относятся все, кроме
- а) головокружения, утомляемости
 - б) внезапного нарушения зрения
 - в) тревожного сна
 - г) сонливости в течение дня
 - д) инсулиновых отеков
083. К осложнениям инсулинотерапии относятся все из нижеперечисленных состояний, кроме
- а) гипогликемии
 - б) липодистрофии
 - в) инсулиновых отеков
 - г) синдрома Сомоджи
 - д) синдрома Мориака
084. Гипогликемическое состояние развивается при снижении уровня глюкозы в крови
- а) ниже 2.75 ммоль/л
 - б) ниже 4.0 ммоль/л
 - в) ниже 3.6 ммоль/л
 - г) ниже 2.0 ммоль/л
 - д) ниже 5.0 ммоль/л
085. Лечение гипогликемической комы начинается с введения
- а) 100 мл 10% раствора глюкозы капельно
 - б) 80 мл 20% раствора глюкозы капельно
 - в) 80 мл 40% раствора глюкозы струйно
 - г) 100 мл 5% раствора глюкозы струйно
 - д) 80 мл 5% раствора глюкозы струйно
086. К нейрогликопеническим симптомам гипогликемии относятся
- а) бледность, слабость, тахикардия
 - б) сухость кожи, покраснение лица
 - в) диплопия, нарушение чувствительности, сонливость

г) тахикардия, страх

д) диабетический рубец

087. К симпатическим симптомам гипогликемии относятся

а) дрожь, нервозность, тахикардия

б) дискоординированность движений, головная боль

в) туман перед глазами, диплопия

г) тошнота

д) сухость кожи

088. Для диагностики ацидоза необходимо исследовать

все нижеперечисленные параметры, кроме

а) pH

б) мочевины

в) HCO₃⁻

г) дефицит анионов

д) лактат

089. При гиперосмолярной коме отмечаются все нижеперечисленные признаки, кроме

а) дегидратации

б) гипертермии

в) анурии

г) мышечного гипертонуса

д) ацидоза

090. 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

091. При использовании комбинации пероральных сахаропонижающих препаратов при СД 2 типа целесообразны все перечисленные сочетания, кроме

а) глибенкламид - метформин

б) гликлазид - глибенкламид

в) глимеперид - вилдаглиптин

г) гликлазид – метформин

092. Механизм сахароснижающего эффекта бигуанидов

включает все перечисленное, кроме

а) повышения утилизации глюкозы мышечной тканью

б) стимуляции секреции инсулина β-клетками

в) торможения глюконеогенеза

г) потенцирования инсулинового действия

д) освобождения глюкозы из печени

093. Гестационный сахарный диабет чаще всего выявляется

а) на 4-8-й неделе

б) на 8-12-й неделе

в) на 16-20-й неделе

г) на 24-28-й неделе

д) на 32-36-й неделе

094. Особенности течения сахарного диабета у беременных женщин проявляются всем перечисленным, кроме

а) первой половины беременности (до 20-й недели),

характеризующейся обычным течением сахарного диабета

- б) повышенной потребности в инсулине в первой половине беременности
- в) ухудшения течения диабета с 16-20-й недели беременности (возрастание потребности в инсулине, склонность к кетоацидозу)
- г) более стабильного течения диабета, начиная с 35-36-й недели беременности (уменьшение потребности в инсулине)
- д) потребности в инсулине, которая меняется в зависимости от сроков беременности

095. Гипергликемическая диабетическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) полной потери сознания
- б) дыхания Куссмауля
- в) повышения артериального давления
- г) запаха ацетона в выдыхаемом воздухе
- д) дегидратации

096. Различают следующие варианты клинического течения кетоацидотической комы, кроме

- а) абдоминальной формы
- б) миопатической формы
- в) коллаптоидной формы
- г) почечной формы
- д) энцефалопатической формы

097. О наличии гипогликемической комы свидетельствует все перечисленное, кроме

- а) низкого уровня сахара в крови
- б) быстрого развития комы
- в) нормального или повышенного кровяного давления
- г) ровного дыхания
- д) редкого пульса

098. Начальная доза внутривенного введения инсулина короткого действия в час при лечении диабетической комы на 1 кг массы тела составляет

- а) 100 ЕД/ч
- б) 50 Ед/ч
- в) 25 Ед/ч
- г) 2-4 Ед/ч
- д) 0.1-0.2 Ед/ч

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

- а) 5% массы тела
- б) 4-6 л
- в) 2 л
- г) 1 л
- д) 50 мл/кг массы тела

100. Для гиперлактацидемической комы не характерно

- а) повышение в крови молочной кислоты
- б) снижения уровня бикарбонатов, резервной щелочности и рН крови
- в) отсутствия гиперкетонемии и кетонурии
- г) повышение коэффициента лактат/пируват

д) высокая гипергликемия и глюкозурия

Полный комплект тестовых заданий размещен в электронной информационно-образовательной среде университета.

5.3.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1.

Пациент К., 55 лет. Жалобы: на повышенную утомляемость, потливость, снижение зрения. Из анамнеза: СД 2 выявлен два года назад при профилактическом обследовании. Из анамнеза жизни: вредные привычки: курит (10-12 сигарет в день); наследственность: у отца СД 2 типа, инфаркт миокарда (в 53 года). Ожирение с 38 лет, артериальная гипертензия с 48 лет. Проводимая терапия: Метформин 2500 мг/сут, Метопролол 100 мг/сут, Фозиноприл 20 мг/сут. Данные осмотра: ИМТ— 30,2 кг/м². Окружность талии -105 см, Окружность бедер -102 см, ОТ/ОБ- 1,03. АД- 140/82 мм ртст, ЧСС 66 в мин.

Клинический анализ крови: без особенностей. Клинический анализ мочи: глюкозурия 8,8 ммоль/л. Биохимия: Общий белок -72 г/л, Гликемия натощак -7,8 ммоль/л, Мочевина 5,8 ммоль/л, Креатинин -102 мкмоль/л, АСТ-30 ед/л, АЛТ -64 ед/л, ОХС - 5,2 ммоль/л; HbA1c – 7,8 %; МАУ -180 мг/сут. Дневник самоконтроля: натощак 8,6 ммоль/л, ч/з 2 ч п/завтрака 10,3 ммоль/л, перед обедом 7,4 ммоль/л, ч/з 2 ч п/обеда 8,7 ммоль/л, перед ужином 6,9 ммоль/л, ч/з 2 ч п/ужина 10,6 ммоль/л, перед сном 7,9 ммоль/л.

ЭКГ: ЧСС 68 в минуту. Ритм синусовый, нормальное положение ЭОС. Рубцовые изменения в передне-боковой области левого желудочка. ЭХО-КГ: Гипертрофия левого желудочка. Зона локальной гипокинезии в области передне-боковой стенки ЛЖ; Фракция выброса левого желудочка – 60%. Уплотнение и кальциноз корня аорты, представленное атеросклеротическими бляшками. УЗИ брюшной полости: признаки стеатогепатоза, диффузные изменения поджелудочной железы. Консультация окулиста: Диабетическая ретинопатия, препролиферативная форма, обоих глаз.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
3. Составьте и обоснуйте план лечения, индивидуальные целевые показатели.
4. Критерии выбора, персонализации и коррекции лечебной тактики.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 2.

Женщина 35 лет. За последний год отмечает прибавку веса на 10 кг, мышечную слабость, боли в позвоночнике, умеренную жажду; изменение внешнего вида – перераспределение жировой ткани на область живота. Уменьшилась мышечная масса, лицо красное, рост волос на лице и конечностях, легко возникают синяки. В течение полугода нет менструаций. Повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Данные осмотра: состояние удовлетворительное. Вес - 92 кг, рост - 168 см, окружность талии - 100 см. Лицо округлое, гиперемия щек, гирсутовый рост волос. Распределение жировой ткани: большое количество на верхней половине туловища, животе с «истончением» конечностей. Кожа сухая, «мраморная», широкие багровые стрии на боковой поверхности туловища. Отёков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 180/90 мм рт. ст. Клинический анализ крови: гемоглобин 168 г/л, эритроциты 5,4×10¹²/л, лейкоциты - 10,5×10⁹/л, СОЭ - 12 мм/ч. Глюкоза в плазме натощак – 8,4 ммоль/л, общий холестерин 7,2 ммоль/л, ТГ 2,6 ммоль/л, К 3,8 ммоль/л, Na 145 ммоль/л, Ca 1,01 мкмоль/л. В суточной моче свободный кортизол – 1028 ммоль/л (N до 250 ммоль/л). Кортизол в плазме в 22⁰⁰ – 648 ммоль/л. Ночной подавляющий тест с 1 мг Дексаметазона – подавления секреции кортизола не произошло. Уровень АКТГ в плазме крови значительно ниже нормы. МРТ области надпочечников –

выявлена аденома левого надпочечника 4 см.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Укажите дифференциально-диагностические критерии основного заболевания.
3. Составьте и обоснуйте лечебную тактику.
4. Какова профилактика острой надпочечниковой недостаточности?
5. Тактика ведения больной после хирургического лечения.

Ситуационная задача 3:

Пациентка М., 58 лет. Жалобы: на повышенную утомляемость, потливость, зуд при мочеиспускании. Гипергликемия выявлена при плановом диспансерном обследовании у терапевта. Из анамнеза жизни: за последние 4 месяца потеряла в весе 12 кг. Наследственность: у матери ожирение, СД 2 типа. Проводимая терапия: не получала. Данные осмотра: ИМТ— 28,2 кг/м². Окружность талии -91 см. АД- 150/90 мм ртст, ЧСС – 66 уд./мин. Клинический анализ крови без патологии. Клинический анализ мочи: глюкозурия 10,8 ммоль/л. Биохимия: Общий белок -72 г/л, Гликемия натощак -8,2 ммоль/л, Мочевина 5,8 ммоль/л, Креатинин -72 мкмоль/л, АСТ-30 ед/л, АЛТ -24 ед/л, ОХС - 5,2 ммоль/л. HbA1c – 8,9 %. Дневник самоконтроля: натощак 8,2 ммоль/л, ч/з 2 ч п/завтрака 13,3 ммоль/л, перед обедом 10,6 ммоль/л, ч/з 2 ч п/обеда 14,7 ммоль/л, перед ужином 9,9 ммоль/л, ч/з 2 ч п/ужина 12,9 ммоль/л, перед сном 11,2 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.
3. Составьте и обоснуйте план лечения, индивидуальные целевые показатели.
4. Критерии выбора и персонализации лечебной тактики.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациентки.

Ситуационная задача 4:

Больной Н. 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца. Из анамнеза заболевания: 2 года назад проходил лечение в туберкулёзном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацелирован на 2 ряде препаратов. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости во всем теле, появились вышеперечисленные симптомы. Объективно: общее состояние средней тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лёжа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС – 88 в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налётом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Клинический анализ крови: Hb 110 г/л, Eг $3,2 \times 10^{12}$ /л, L $10,5 \times 10^9$ /л: Э-5, П/Я -2, С/Я-44, Л-47, М-2, СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: уд. вес 1018, белок 0,018 г/л. сахар, ацетон отр. Биохимические исследования: Глюкоза 3,4 ммоль/л, мочевина 6,3 ммоль/л, К 5,9 ммоль/л, Na 129 ммоль/л, Cl 90 ммоль/л, Креатинин 95 ммоль/л. R-г ОГК: признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. КТ надпочечников: определяются участки кальцификации.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача 5:

Больная К., 24 лет доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение больницы в бессознательном состоянии. Бригада вызвана прохожими на улице, с их слов, внезапно потеряла сознание, отмечались судороги конечностей. При измерении cito! гликемии по глюкометру 1,2 ммоль/л. На месте фельдшером БСМП в\в введено до 100 мл 40% раствора глюкозы, однако сознание не восстановилось, в связи с чем госпитализирована. При осмотре: общее состояние крайне тяжелое, сознание отсутствует, не реагирует на речевые, световые, болевые раздражители. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Кожа и слизистые бледные, влажные, тургор кожи удовлетворительный, периферических отеков нет. Мышечный тонус и тонус глазных яблок повышен, гиперрефлексия. Температура тела 36,7°C. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС=пульс=100 в минуту, пульс напряжен, АД 145/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия, протокол лабораторно-инструментального мониторинга.
5. Какое осложнение возможно у пациентки? На основании каких критериев? Оцените прогноз для пациентки.

Ситуационная задача 6:

Женщина 36 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ - 29,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД - 105/80 мм рт. ст. По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 4,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия - 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Какова тактика лечения данной пациентки
4. Какова длительность назначения патогенетической терапии?
5. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача 7:

Пациентка Н., 62 лет предъявляет жалобы на сухость во рту, жажду (до 3,5-4 л/сут.), частое мочеиспускание, выраженную утомляемость, боли и судороги в икроножных мышцах, пальцах стоп.

Из анамнеза: наблюдается эндокринологом по поводу СД 2 типа в течение 12 лет.

Первоначально получала глибенкламид, в течение 4 лет на комбинированной

таблетированной сахароснижающей терапии: Глибенкламид 14 мг/сут.+Метформин 2000 мг/сут. За последний год потеряла в весе 8 кг.

Данные обследования: клинический анализ крови: без особенностей, клинический анализ мочи: глюкозурия 4+, ацетон мочи +/- . Биохимия: Общий белок -71 г/л, Мочевина 6,8 ммоль/л, Креатинин -82 мкмоль/л, АСТ-15 ед/л, АЛТ-22 ед/л, ОХС - 5,8 ммоль/л HbA1c – 11,4 %. Дневниксамоконтроля: 14,6-13,8-17,9 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.
3. Составьте и обоснуйте протокол коррекции сахароснижающей терапии.
4. Критерии выбора и персонализации лечебной тактики.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациентки.

Ситуационная задача 8:

Пациентка Р., 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе детские инфекции, частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа мягко-эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии; тактика дальнейшего мониторинга пациентки.

Ситуационная задача 9:

Пациент С., 43 года. Жалобы на сухость во рту, утомляемость, потливость, особенно в ночное время, раздражительность, беспокойный сон, выраженную слабость по утрам, учащенное сердцебиение. Из анамнеза: СД 1 типа страдает в течение 25 лет, в дебюте кетоацидотическая кома, трижды – диабетическыекетацидозы, о частоте гипогликемических состояний ответить затрудняется. Получает инсулинотерапию: Гларгин в 22 ч – 24 Ед, Аспарт (по гликемии, ХЕ) – от 6 до 10 ЕД/на прием пищи.

Данные осмотра: Рост 178 см, вес 72 кг. Кожные покровы бледные, дистальный гипергидроз, трофические изменения кожи голеней, отеки голеней, лица. АД 150/90 мм ртст (достигнутое), ЧСС – 106 в минуту. Данные обследования: клинический анализ крови: Hb 98 г/л, по др. показателям – без особенностей. Клинический анализ мочи: глюкозурия 2+, ацетон мочи отриц., белок – 1,2 г/л. HbA1c – 7,4 %. Дневник самоконтроля: 16,6-3,8-17,9-7,4 ммоль/л. Консультация окулиста: Диабетическая ретинопатия, препролиферативная форма OS, пролиферативная OD, состояние после повторных ЛК OS.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз заболевания.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования.

3. С чем связано развитие/ отсутствие клинических проявлений у пациента?
4. Составьте и обоснуйте протокол коррекции инсулинотерапии.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 10:

Пациентка Р., 28 лет в течение трёх лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: Преднизолон 5 мг утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью.

Объективно: состояние тяжёлое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите объём дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации.
4. Определите тактику лечения пациентки.
5. Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния.

Ситуационная задача 11:

Больная Т., 67 лет. При поступлении жалобы на слабость, сонливость, потливость, периодически – сухость во рту. Из анамнеза: страдает СД 2 типа в течение 8 лет, получает глибенкламид 7 мг/сутки. Самоконтроль не проводит, последнее измерение гликемии амбулаторно 1,5 месяца назад, 13 ммоль/л. В течение последнего месяца отмечает постепенное нарастание слабости и утомляемости. В последнее время увеличила дозу мочегонных препаратов, получаемых в антигипертензивной терапии, соблюдает ограничительный питьевой режим. При осмотре: общее состояние тяжёлое, заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Кожа и слизистые бледные, сухие, тургор кожи снижен, периферических отеков нет. Температура тела 36,7°C. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в минуту. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, единичные экстрасистолы, ЧСС 96 в минуту, АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. С-м «поколачивания» поясничной области отрицательный. Биохимический анализ крови: ОХС 7,3 ммоль/л, об. белок 62 г/л, креатинин 90, мочевины 10, глюкоза 34 ммоль/л, натрий 164, калий 3,6 мэкв/л, АлТ 68 Ед/л, АсТ 48 Ед/л.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 12:

Пациентка М. 30 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, учащённые сердцебиения, особенно в состоянии покоя, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При

осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м². Кожные покровы теплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при пальпации однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, тромбоциты – $311 \times 10^9/л$, СОЭ – 16 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. УЗИ щитовидной железы: объём железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток. Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).

Задание:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте установленный Вами диагноз.
3. Определите объём дополнительного обследования, необходимого для уточнения диагноза.
4. Определите тактику лечения.
5. Определите параметры контроля эффективности и безопасности терапии.

Ситуационная задача 13:

Пациент М. 48 лет на приёме у участкового врача-терапевта. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объём талии – 120 см. Кожные покровы умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет. Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям.
2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
4. Определите тактику лечения пациента.
5. Определите показатели гликемического контроля, используемые для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении; целевые уровни показателей АД, липидного обмена.

Ситуационная задача 14:

Больная И. 23 лет на приёме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохую переносимость тепла, учащенное сердцебиение, чувство дрожи в пальцах рук и в теле, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза – начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простуды.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Рост - 170 см., вес - 54 кг. Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мёбиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, параметры контроля эффективности и безопасности терапии.

Ситуационная задача 15:

Пациент Т. 53 лет. Жалобы: на сухость во рту, утомляемость, судороги в икроножных мышцах, пальцах стоп, снижение зрения, прибавку веса.

Из анамнеза: наблюдается эндокринологом по поводу СД 2 типа в течение 4 лет. Получает Метформин 2000 мг/сутки, Глибенкламид в дозе 10,5 мг/сутки. В последнее посещение эндокринолога в связи с неудовлетворительным контролем гликемии предпринята попытка коррекции сахароснижающей терапии – увеличена доза глибенкламида до 14 мг/сутки. После этого пациент отметил учащение гипогликемических состояний, а также прибавку в весе. Из анамнеза жизни: наблюдается терапевтом по поводу артериальной гипертензии; ИБС, безболевой ишемии миокарда.

Данные лабораторного обследования – HbA1c 8,4 %. Дневник самоконтроля: 7,6-13,8-4,9-14,7 ммоль/л

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента, консультаций специалистов согласно стандарту оказания медицинской помощи при СД 2 типа.
4. Какое осложнение/ошибка ведения возможно у пациента?
5. Предложите варианты коррекции сахароснижающей терапии согласно принципам персонализации, обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 16:

Больной М. 44 лет на приёме у участкового врача-терапевта жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В семейном анамнезе – у матери заболевание щитовидной железы.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отёк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от

правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена.

Лабораторные исследования: ТТГ 34 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (10 - 25 пмоль/л), анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл). Общий анализ крови: эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение. Объем и этапность динамического наблюдения.
5. Через 3 месяца после назначения патогенетической терапии уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика.

Ситуационная задача 17:

Пациент Т. 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, частое и обильное мочеиспускание, ухудшение зрения.

Болен СД2 в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. Врача не посещал. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Предложите варианты коррекции сахароснижающей терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы рекомендовали бы пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 18:

Больной Н. 39 лет на приёме у участкового врача-терапевта жалуется на слабость, учащённое мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжёлого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото-и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена глюкозы не обнаружено. Исследование мочи по Зимницкому: суточный диурез – 7,5 л при относительной плотности мочи 1001-1005 г/л.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания и каков его патогенез?
3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием. Какой препарат необходимо назначить пациенту?
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 19:

Больная Н., 70 лет. Доставлена в приемное отделение бригадой «скорой помощи», вызванной родственниками. Со слов родственников, страдает СД 2 типа в течение 10 лет, получает «какие-то таблетки». Проживала одна. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена, родственников не узнает, речь нарушена (дизартрия). Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Кожа и слизистые бледные, сухие, тургор кожи снижен, периферических отеков нет. Температура тела 36,7°C. Дыхание поверхностное, ЧДД 28 в минуту. В легких дыхание несколько ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС 104 в минуту, АД 115/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Симптом «поколачивания» поясничной области отрицательный с обеих сторон. Биохимический анализ крови: ОХС 7,4 ммоль/л, об.белок 74 г/л, креатинин 90, мочевины 10, глюкоза 38 ммоль/л, натрий 152, калий 4,8 мэкв/л. В невростатусе: двусторонний нистагм, левосторонний гемипарез.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какие особенности клинических проявлений требуют дифференциальной диагностики и с каким состоянием?
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, терапевтические мероприятия.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 20:

Больная В. 64 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ - 32), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отёчность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела - 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам. По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, холестерин - 9,4 ммоль/л, триглицериды - 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ -48, ТТГ - 25,3 мЕ/л.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.
3. Составьте план обследования для уточнения диагноза данной пациентки.
4. Какова тактика лечения?
5. План дальнейшего наблюдения пациентки.

Ситуационная задача 21:

Больная Ф. 30 лет, доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение больницы с жалобами на боли в грудной клетке, эпигастриальной области, тошноту, рвоту. СД 1 типа страдает 7 лет, получает инсулинотерапию 60 Ед/сутки. Самоконтроль гликемии нерегулярный. Накануне госпитализации температура тела повысилась до 38°C, утром на фоне введения обычной дозы инсулина, вне связи с приемом пищи, появилась острая боль в

эпигастрии, тошнота и рвота. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, стонет от боли. Кожные покровы бледные, сухие. Температура тела 37,6°C. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в минуту. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желто-коричневым налетом. Живот вздут, при пальпации резко напряжен по всей поверхности, болезнен в эпигастрии, печеночная тупость не определяется. С-мЩеткина-Блюмберга отрицательный. ОАК: Нв 118 г/л, Эр $4,2 \times 10^2$ /л, Л 18×10^9 /л, П 14%, С 68% Л 15%, М 2%, СОЭ 32 мм/ч. Гликемия 16 ммоль/л, рН крови 7,2. В моче ацетон ++++.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте диагностическую программу. Сформулируйте принципы дифференциальной диагностики.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, основные принципы лечения.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 22:

Пациентка П., 31 год, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъёмы температуры до 37,1°C, снижение массы тела на 5 кг.

Из анамнеза известно, что больна около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев отмечает повышение температуры до 37,2°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

Объективно: состояние удовлетворительное, суетливая, рост - 162 см, вес - 55 кг. Кожные покровы телесного цвета, диффузно влажные, тёплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелкокоразмашистый тремор вытянутых рук. Отёчность век. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС - 108 в минуту, АД 130/55 мм рт. ст. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю рёберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии, диффузно увеличена обеими долями, при пальпации плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Симптом Мёбиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-).

Лабораторные исследования: общий анализ крови: СОЭ - 15 мм/ч, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $5,6 \times 10^9$ /л; глюкоза плазмы - 6,61 ммоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, общий билирубин - 17,5 ммоль/л; холестерин - 3,3 ммоль/л, ТТГ - 0,035 мкМЕ/мл, Т4св - 40 пкмоль/л.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте алгоритм дополнительного обследования пациентки.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Тактика дальнейшего наблюдения. Определите параметры контроля за эффективностью и безопасностью терапии в процессе лечения.

Ситуационная задача 23:

Пациент Ч., 53 года. Жалобы: на сухость во рту, общую слабость, снижение зрения, потливость, прибавку массы тела. Из анамнеза: эндокринологом не наблюдается. При плановом диспансерном обследовании терапевтом (на учете по поводу артериальной

гипертензии, деформирующего остеоартроза) выявлена гипергликемия. Направлен для уточнения диагноза, определения лечебной тактики. Мать и родная тетка страдают СД 2. Лабораторно: Гликемия натощак 6,4 ммоль/л, после еды 8,2 ммоль/л. При проведении ПГТТ с 75 глюкозы: 6,6-11,4 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Определите объем дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи.
3. Предложите варианты терапии пациента согласно современным рекомендациям.
4. Определите индивидуальные целевые показатели гликемического контроля; целевые уровни показателей АД, липидного обмена.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 24:

Больная И. 54 лет обратилась на приём к врачу с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкокоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост - 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Периферических отёков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс - 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД - 130/60 мм рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отёчный экзофтальм с двух сторон. Гормональные исследования: ТТГ - 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4- 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ - 47 МЕ/Мл (0). ЭКГ: ЧСС - 116 в минуту, ритм синусовый.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Тактика дальнейшего наблюдения. Этапность и объем лабораторно-инструментального мониторинга

Ситуационная задача 25:

Пациент Г., 24 года. Жалобы на сухость во рту, потливость, раздражительность, беспокойный сон, выраженную слабость по утрам, учащенное сердцебиение, прибавку массы тела, отечность, декомпенсацию гликемии. Из анамнеза: СД 1 типа страдает в течение 13 лет, в дебюте кетоацидотическая прекома, ком не было, гипогликемические состояния с частотой до 5-6 в неделю, в том числе, несколько раз тяжелые (с потерей сознания). Получает инсулинотерапию: Хумулин НПХ в 8 ч – 16 Ед, в 22 ч – 14 Ед, Хумулин Р (по гликемии, ХЕ) – от 6 до 10 ЕД/на прием пищи. В связи с утренней гипергликемией увеличил дозу НПХ в ночь до 18 Ед.

Данные обследования: клинический анализ крови: без особенностей. Клинический анализ мочи: глюкозурия 1+, ацетон мочи отриц., белок – 0,02 г/л.

Биохимия: Общий белок -71 г/л, Мочевина 6,8 ммоль/л, Креатинин -82 мкмоль/л, АСТ-15 ед/л, АЛТ-22 ед/л, ОХС - 6,8 ммоль/л, ТГ 3,6 ммоль/л.

HbA1c – 7,4 %. Дневник самоконтроля: 19,6-5,4-16,9-10,4 ммоль/л

Консультация окулиста: Диабетическая препролиферативная ретинопатия ОУ.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Какое осложнение возможно у пациента? На основании каких критериев?
5. Составьте и обоснуйте протокол коррекции инсулинотерапии.

Ситуационная задача 26:

Больной 19 лет направлен врачом-терапевтом участковым на обследование в эндокринологическое отделение больницы с подозрением на сахарный диабет, так как в последнее время у него появились сильная жажда (выпивал до 5 литров воды в сутки), вставал пить по ночам, но питьё воды не приводило к утолению жажды. Особенно хотелось очень холодной воды. Одновременно стал часто и обильно мочиться. Моча при этом была светлой «как вода». Стал худеть. В анамнезе имела место автомобильная катастрофа с ушибом головы. При осмотре - правильного телосложения, пониженного питания. Кожа сухая. Тургор тканей понижен. Слизистые также суховаты. АД - 120/70 мм рт. ст. Пульс - 88 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Живот спокойный. Печень и селезенка не увеличены. Глюкоза крови натощак - 5,3 ммоль/л. Проба на толерантность к глюкозе – без патологии. Сахар в моче и ацетон не обнаружены. Обращает внимание низкая плотность мочи в пробе по Зимницкому (во всех порциях её удельный вес составил не более 1005). Компьютерная томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому.

Задание:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите и обоснуйте тактику лечения. Этапность и объем наблюдения.

Ситуационная задача 27:

Жалобы: на прибавку массы тела, чувство «горечи» во рту, особенно в утренние часы, повышенную утомляемость, ↑АД до 170/100 мм рт. ст. Направлен на консультацию терапевтом. Из анамнеза жизни: ранее к эндокринологу не обращался. Наблюдается терапевтом в течение 12 лет по поводу артериальной гипертензии. Старшая сестра, тетка страдают сахарным диабетом, ожирением.

Данные осмотра: Рост 178 см, вес 102 кг. Окружность талии -104 см. АД-130/80 мм ртст (достигнутое), ЧСС – 76 уд./мин. Клинический анализ крови: без патологии. Клинический анализ мочи: глюкозурия 1+. Биохимические показатели: Общий белок - 68 г/л, Мочевина 5,8 ммоль/л, Креатинин -72 мкмоль/л, АСТ-65 ед/л, АЛТ -74 ед/л, ОХС - 6,2 ммоль/л. Показатели гликемии: натощак 10,3 ммоль/л, в течение дня 7,4--8,6-9,2 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи.
3. Предложите варианты терапии пациента согласно современным рекомендациям.
4. Определите индивидуальные целевые показатели гликемического контроля; целевые уровни показателей АД, липидного обмена.
5. Тактика дальнейшего наблюдения, план мониторинга пациента.

Ситуационная задача 28:

Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению терапевта районной поликлиники. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное

мочеиспускание, боли в пояснице, усиливающиеся при движении, резкая слабость. Из анамнеза: последние полгода стал отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объёме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Эналаприл 5 мг×2 р/сут.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес - 95 кг. ИМТ = 36,7 кг/м².

Отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: её избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена. На животе - багрово-красные широкие стрии. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 88 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная.

Результаты исследований. Общий анализ крови: Hг 5,3×10⁹/л, Hб 135 г/л, L 10,2×10⁹/л: п/я 10%, с/я 73%, Л 12%, М 4%, Э 1%, СОЭ - 3 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза - 11,2 ммоль/л, К⁺ - 3,1 ммоль/л, Na - 140 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 Ед/л, АСТ - 33 Ед/л, общий белок - 67 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Горизонтальная ЭОС. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника. УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объёме.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ситуационная задача 29:

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь.

Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня стала безучастной, с затруднением отвечала на вопросы. Нарушилось сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным. Объективно: состояние тяжёлое. Положение пассивное, сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя. Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД - 32 в минуту. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная. В лёгких при перкуссии - ясный лёгочный звук. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет, ЧСС 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжён при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под рёберной дуги. Селезёнке пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный с обеих сторон.

Данные обследования. Общий анализ крови: Hг 3,7×10¹²/л, Hб 124 г/л, L 10,2×10⁹/л: Э 4%, Б 1%, п/я 7%, с/я 62%, Л 17%, М 8%. СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый,

удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4+, эпителий – 0-1 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эритроциты 3-5 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевины - 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л; Na 131,3 ммоль/л, К 3,2 ммоль/л, Fe 17,3 мкмоль/л. КЩС: рН - 7,23. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС – вправо. Метаболические изменения миокарда.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте диагностическую программу.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, основные принципы лечения.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 30: В поликлинику обратилась больная 40 лет с жалобами на сильные головные боли распирающего характера, общую слабость, изменение внешнего облика (увеличение носа, ушей, кистей, стоп); периодически повышается артериальное давление до 150/90 мм ртст, гипотензивная терапия мало эффективна. Объективно: Черты лица укрупнены: отмечается увеличение надбровных дуг, скуловых костей и подбородка. Мягкие ткани лица гипертрофированы, увеличение языка и межзубных промежутков. Кисти крупные, стопы 42 размера, на лице акне. Кожный покров физиологичен. При пальпации щитовидной железы: увеличена до 2 степени, эластична, подвижна, неоднородна, безболезненна. Со стороны органов дыхания патологии нет. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 150/90, пульс 78 в мин. При пальпации живота - безболезненный, печень +3см из-под края реберной дуги.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения при подтверждении установленного Вами диагноза. Методы лечения и приоритетность их назначения.
5. Тактика, этапность и объем дальнейшего ведения пациентки.

Ситуационная задача 31:

Больная Д., 28 лет, доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение больницы с жалобами на тошноту, многократную рвоту, боли в животе. Сахарным диабетом 1 типа страдает с 10 лет, получает 14+12 Ед продленного инсулина, по 4-6 Ед короткого инсулина на приемы пищи. Ухудшение самочувствия в течение 5-7 дней, после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: состояние тяжелое, больная сонлива, заторможена. Кожные покровы бледные, сухие, гиперемия щек. Мышечный тонус и тонус глазных яблок снижены. Температура тела 37,8°C. Дыхание глубокое, шумное, ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 102 в минуту, АД 90/65 мм рт ст. Язык сухой, с резко выраженными сосочками, обложен коричневатым налетом. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в мезо- и эпигастральной области. Перистальтика выслушивается, с-мы раздражения брюшины сомнительные. ОАК: Hb 120 г/л, Эр $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л 16×10^9 /л, СОЭ 23 мм/ч. Гликемия 26 ммоль/л, кетоны крови 5,2 ммоль/л, рН крови 7,2.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте диагностическую программу.
4. Составьте и обоснуйте план ведения, основные принципы лечения.
5. Составьте и обоснуйте протокол лабораторно-инструментального мониторинга.

Ситуационная задача 32:

Больная Д. 45 лет поступила в стационар по направлению участкового терапевта. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкая слабость, изменение внешности. Из анамнеза: за последние 5 лет после прекращения менструаций заметно изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объёме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась невропатологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась терапевтом по поводу АГ (АД до 170/100 мм рт. ст.)

Объективно: рост 175, вес 110 кг, ИМТ 35,9 кг/м². Отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки с отложением в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, множество геморрагий; на локтях, животе, в подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бедрах - багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92 в минуту. АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт ПЖК. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Лабораторное исследование. Общий анализ крови: Hg 5,3×10⁹/л, Hb 135 г/л, L 10,2×10⁹/л: п/я 10%, с/я 76%, Л 12%, М 2%, Э 0%, СОЭ - 3 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,7 ммоль/л, К 2,5 ммоль/л, Na 170 ммоль/л, холестерин 5,7 ммоль/л, Са 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 Ед/л, АСТ - 42 Ед/л, общий белок - 57 г/л. Общий анализ мочи: р-ция - щелочная, удельный вес 1025, сахар ++, белок - 0,25, лейкоциты ++. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС 84 в минуту. ЭОС горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. R-g черепа и позвоночника: выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника. При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациентки. Тактика, этапность и объем дальнейшего ведения.

Ситуационная задача 33:

У больной М. 28 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (суточная доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приемом пищи, содержащей много углеводов.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Определите причину гипогликемических состояний.
5. Дайте рекомендации пациентке для профилактики гипогликемических состояний.

Ситуационная задача 34: Больная Н. 36 лет поступила в плановом порядке в терапевтическое отделение, с жалобами на головокружение при вставании с постели, выраженную мышечную слабость, снижение массы тела на 5 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза жизни: 2 месяца назад на фоне ОРВИ ухудшилось общее состояние, стала беспокоить общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру, отметила потемнение кожи, снижение аппетита.

Объективно: масса тела - 54 кг, рост - 169 см. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно лица, складок шеи, ладонных складок, послеоперационного рубца после аппендэктомии. Слизистая полости рта гиперпигментирована. Кожа умеренно влажная. Отеков нет. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1018, белок – 0,01 г/л, сахар – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические показатели: АСТ - 21 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, мочевины – 6,3 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,6 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л, хлор - 97 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 79 в мин. ЭОС – вертикальная. Без патологии.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

5.4 Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Первый этап госэкзамена – оценка практических навыков.

Данный этап экзамена проводится в устной форме на базе кафедры: ГБУЗ СК «СККБ» эндокринологическое отделение, где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение.

Второй этап госэкзамена - тестовый контроль.

Проверка уровня теоретической подготовленности проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из банка тестовых заданий, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

До, вовремя и после тестирования в помещении, где оно проводится, разрешено находиться только выпускникам и членам ГЭК, принимающим экзамен.

Выпускники не допускаются в помещение до тех пор, пока председатель, секретарь (или член) ГЭК не подтвердит готовность помещения к проведению тестирования и не укажет, где должен сидеть каждый выпускник. За пятнадцать и за пять минут до окончания тестирования председатель ГЭК извещает выпускников о количестве оставшегося времени до окончания работы. По истечении отведенного на тестирование времени выпускники обязаны прекратить выполнять работу. Факты произошедших технических сбоев должны быть зафиксированы членом ГЭК, если при техническом обслуживании приема государственного экзамена они имели место.

Третий этап госэкзамена – решение ситуационных (клинических) задач.

Обсуждение в устной форме по дисциплине участвуют несколько преподавателей, экзамен организуется в одной аудитории с организацией

нескольких столов для приема экзаменов. В аудитории, где проводится экзамен в устной форме, должно одновременно находиться не более 5 ординаторов на одного преподавателя, принимающего экзамен. Предпочтительно размещение одного ординатора за одним письменным столом. Если число посадочных мест в аудитории ограничено, допускается подготовка за одним столом двух ординаторов. На подготовку к ответу ординатору в устной форме предоставляется не менее 30 минут. Номер билета, номер задачи, фиксация времени начала подготовки к ответу осуществляется секретарем экзаменационной комиссии путем записи на бланке листа подготовки к ответу экзаменуемого, данная запись скрепляется подписью секретаря. Норма времени на прием курсового экзамена в устной форме - не менее 20 минут на одного ординатора. Если в экзамене в устной форме участвуют несколько групп (подгрупп), ординаторы запускаются в экзаменационную комнату последовательно (начиная с меньшей по номеру группы).. Во время экзамена в устной форме заведующий кафедрой направляет ординаторов к экзаменаторам; он же контролирует порядок проведения экзаменов, как со стороны экзаменаторов, так и экзаменуемых. С целью уточнения оценки экзаменатор может задать не более 2-3 дополнительных вопросов, не выходящих за рамки требований рабочей программы. В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещенных технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

6. Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Дедов, В.И. Эндокринология [Электронный ресурс]: учеб. / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. - М. :Литтерра, 2015. - 416 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501594.html>
2. Аметов, А.С. Эндокринология [Электронный ресурс]: учеб. / А.С. Аметов, С.Б. Шустов, Ю.Ш. Халимов, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436134.html>
3. Мкртумян, А.М. Неотложная эндокринология [Электронный ресурс]: учеб.пособие / А.М. Мкртумян, А.А. Нелаева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 128 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418369.html>
4. Фармакотерапия в эндокринологии [Электронный ресурс] / Д.Е. Колода. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0003.html>

Дополнительная литература:

1. Болезни щитовидной железы [Электронный ресурс] / Н.А. Абрамова, П.О. Румянцев, Д.В. Липатов, Н.Ю. Свириденко, Н.А. Петунина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0011.html>
2. Дедов, И.И. Справочник детского эндокринолога [Электронный ресурс] / И.И. Дедов, В.А. Петеркова - 2-е изд., испр. и доп. - М. :Литтерра, 2014. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html>
3. Хирургические методы лечения в эндокринологии [Электронный ресурс]/ В.Э. Ванушко, Н.В. Сморщок, Д.Г. Бельцевич, А.Ю. Григорьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0006.html>
4. Репродуктивная эндокринология [Электронный ресурс]/ М.А. Геворкян, Д.А. Деркач, Т.В. Чеботникова, Р.В. Роживанов, С.Ю. Калинин, Т.В. Семичева, Я.З. Зайдиева -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0015.html>

5. Бровкина, А. Ф. Эндокринная офтальмопатия [Текст] / А.Ф. Бровкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 184 с. (2 экз.)
6. Петунина, Н.А. Болезни щитовидной железы [Текст]: рук. / Н.А. Петунина, Л.В. Трухина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 216 с. (1 экз.)
7. Шустов, С.Б. Клиническая эндокринология [Текст] / С.Б. Шустов, В.Л. Баранов, Ю.Ш. Халимов. – М. : МИА. - 2012. - 632 с. (1 экз.)
8. Мельниченко, Г.А. Эндокринология: типичные ошибки практического врача [Текст] / Г.А. Мельниченко, О.В. Удовиченко, А.Е. Шведова.– М.: Практическая медицина, 2012.–176 с. (1 экз.)
5. OPAC-Global: Однотомник. Книга. Бровкина А. Ф., Эндокринная офтальмопатия [текст] – 2008.
6. OPAC-Global: Однотомник. Книга. Петунина Н. А., Болезни щитовидной железы [Текст]. рук. – 2011.
7. OPAC-Global: Однотомник. Книга. Шустов С. Б., Клиническая эндокринология [Текст] – 2012.
8. OPAC-Global: Однотомник. Книга. Мельниченко Г. А., Эндокринология: типичные ошибки практического врача [Текст] – 2012.