

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.07.2026 10:58:55
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры эндокринологии
протокол № 3 от «31» октября 2025 г.
заведующий кафедрой эндокринологии
профессор, д.м.н. Л. А. Жукова

УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
доцент Л.Л.Квачахия



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ**

31.08.53 Эндокринология

Разработчики рабочей программы:

Профессор кафедры, д.м.н. Л. А. Жукова
Доцент кафедры Ж.В. Савельева

Курск – 2025

Программа государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности 31.08.53 Эндокринология обсуждена на ученом совете Института непрерывного образования «16» декабря 2025г.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.53 Эндокринология

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология, должен обладать следующими **универсальными компетенциями врача-эндокринолога**:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

- общепрофессиональных компетенций врача – эндокринолога

Деятельность в сфере информационных технологий

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Организационно-управленческая деятельность

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Педагогическая деятельность

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

Медицинская деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

Диагностическая деятельность

ПК-1. Способен проводить обследование в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы и установления диагноза

Лечебная деятельность

ПК-2 Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Реабилитационная деятельность

ПК-3 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Профилактическая деятельность

ПК-4 Способен проводить медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы, медицинские осмотры и диспансерное наблюдение в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

Экстренная и неотложная помощь

ПК-5 Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов.

Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утверждёнными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности

3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Организация эндокринологической и диабетологической службы в Российской Федерации.
2. Метаболический синдром. Современные представления о патогенезе, подходы к терапии.
3. Современные принципы терапии сахарного диабета.
4. Современные принципы терапии ожирения.
5. Методы инструментальной диагностики в эндокринологии.
6. Лучевая терапия в эндокринологии.
7. Сахарный диабет и атеросклероз. Принципы фармакологической коррекции дислипидемий.
8. Методы определения гормонов в диагностике эндокринных нарушений.
9. Супрессивные и стимуляционные тесты в диагностике эндокринных заболеваний.
10. Профилактика сахарного диабета среди населения.
11. Хирургическое лечение эндокринных заболеваний.
12. Сахарный диабет. Определение. Факторы риска. Классификация. Диагностические тесты.
13. Сахарный диабет 1 типа: современные представления об этиологии и патогенезе, клиническая картина, диагностика, принципы терапии.
14. Сахарный диабет 2 типа: современные представления об этиологии и патогенезе, клиническая картина, диагностика, врачебная тактика.
15. Сахарный диабет при эндокринопатиях: механизмы развития, клиническая картина, диагностика, врачебная тактика.
16. Гестационный сахарный диабет: определение, патогенез, диагностические тесты, принципы терапии.
17. Острые осложнения сахарного диабета. Диабетический кетоацидоз. Причины, патогенез. Клинические проявления. Диагностические тесты, дифференциальный диагноз, врачебная тактика.
18. Острые осложнения сахарного диабета. Гиперосмолярный синдром. Причины, патогенез. Клинические проявления. Диагностические тесты, дифференциальный диагноз, врачебная тактика.
19. Синдром гипогликемии. Причины, патогенез. Клинические проявления. Диагностические тесты, дифференциальный диагноз, врачебная тактика.

20. Хронические осложнения сахарного диабета. Диабетическая нефропатия, диабетическая ретинопатия. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Диагностические тесты, врачебная тактика.
21. Хронические осложнения сахарного диабета. Диабетическая полинейропатия. Автономная нейропатия. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Диагностические тесты, врачебная тактика.
22. Синдром диабетической стопы. Определение. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Диагностические тесты, врачебная тактика.
23. Ожирение. Современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация. Диагностические тесты, подходы к терапии.
24. Йод-индуцированная дисфункция щитовидной железы. Патогенез, подходы к терапии.
25. Методы оценки структурно-функционального состояния щитовидной железы. Тиреоидные гормоны: механизм действия, регуляция.
26. Болезнь Грейвса. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
27. Инфильтративная офтальмопатия. Патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, подходы к лечению.
28. Токсическая аденома. Многоузловой токсический зоб. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Гипотиреоз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
30. Узловые образования щитовидной железы. Диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика.
31. Рак щитовидной железы. Классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика.
32. Гипопитуитаризм. Причины, клинические проявления. Диагностические тесты, принципы терапии.
33. Тиреоидиты. Классификация. Этиология и патогенез хронического аутоиммунного тиреоидита. Клиника, диагностика, лечение.
34. Подострый тиреоидит. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностические тесты. Дифференциальный диагноз. Лечение.
35. Субклинические нарушения функции щитовидной железы. Классификация и лечебная тактика.
36. Аутоиммунный тиреоидит. Классификация, патогенез, диагностика, лечебная тактика.
37. Йоддефицитные состояния. Эпидемиология, варианты йодпрофилактики.
38. Гипоталамо-гипофизарная система. Гормоны аденогипофиза и нейрогипофиза: биологические эффекты, регуляция секреции.
39. Акромегалия. Определение, этиопатогенез. Клинические проявления, диагностические тесты. Подходы к терапии.
40. Несахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностические тесты. Дифференциальный диагноз, врачебная тактика.
41. Гиперпролактинемия. Причины, патогенез. Классификация, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика.
42. Случайно выявленные образования гипофиза. Классификация, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика.
43. Синдром пустого турецкого седла. Патогенез, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика.
44. Болезнь Кушинга. Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика.
45. Недостаточность передней доли гипофиза. Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика.
46. Нейроэндокринные опухоли. Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, врачебная тактика.

47. Синдром неадекватной продукции АДГ. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечебная тактика.
48. Определение гипогонадизма. Классификация гипогонадизма. Патогенез гипогонадизма.
49. Клиника гипогонадизма. Диагностика гипогонадизма.
50. Дифференциальный диагноз первичного и вторичного гипогонадизма.
51. Алгоритм ведения пациента с гипогонадизмом. Показания к назначению терапии ХГЧ.
52. Абсолютные и относительные противопоказания к терапии тестостероном
53. Климактерический синдром. Менопауза. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
54. Гормональная заместительная терапия в пери- и постменопаузе.
55. Синдром Кушинга. Патогенез, классификация, клинические проявления, диагностические тесты, дифференциальный диагноз, лечебная тактика.
56. Гиперальдостеронизм. Этиопатогенез, классификация, клинические проявления, диагностические тесты, дифференциальный диагноз, лечебная тактика.
57. Феохромоцитома. Этиопатогенез, классификация, клинические проявления, диагностические тесты, дифференциальный диагноз, лечебная тактика.
58. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиопатогенез, классификация, клинические проявления, диагностические тесты, дифференциальный диагноз, лечебная тактика.
59. Хроническая недостаточность коры надпочечников. Этиопатогенез, классификация, клинические проявления, диагностические тесты, дифференциальный диагноз, лечебная тактика.
60. Острая недостаточность коры надпочечников. Причины, патогенез. Клинические проявления, диагностика, лечебная тактика.
61. Случайно выявленные образования надпочечников. Алгоритм обследования, дифференциальный диагноз, подходы к лечению.
62. Гиперпаратиреоз. Причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
63. Гипопаратиреоз. Причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение

4.2. Ситуационные задачи

УСЛОВИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Ситуация 01

Мужчина 30 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

-на мышечную слабость, утомляемость, снижение либидо, увеличение массы тела на 10 кг в течение 3 месяцев.

Анамнез заболевания

Обратился к урологу по месту жительства. При обследовании выявлено снижение уровня тестостерона до 6.5 нмоль/л, был рекомендован прием препаратов тестостерона, от которых пациент воздержался. При прохождении диспансеризации была выявлена гипергликемия натощак до 6.4 ммоль/л. На основании осмотра терапевт заподозрил гиперкорти-

цизм и рекомендовал исследование крови на кортизол с последующей консультацией эндокринолога. Показатель натошак утром – 757 (138-635) нмоль/л. Прием препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, категорически отрицает. Также при обследовании было выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы. Перенес перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста два года назад. Другие хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Отмечается избыточное накопление подкожной жировой клетчатки в области живота, груди, спины и лица. Рост – 179 см, масса тела – 105 кг. ИМТ = 32.9 кг/м². Кожные покровы телесного цвета, определяются багровые растяжки шире 1 см на передней поверхности живота. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 145/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

ВОПРОСЫ:

1. Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня - ?
2. Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является - ?
3. Необходимым для уточнения диагноза функциональным тестом является - ?
4. Пациенту можно поставить диагноз- ?
5. Его заболевание обусловлено - ?
6. Методом выбора в качестве лечения -?

Ситуация 02

Мужчина 72 лет обратился к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 10,3 ммоль/л.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации 2 недели назад впервые выявлена гликемия 10,3 ммоль/л натошак.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамнез не отягощен. Профессия – врач.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 146/92 мм рт. ст. Вес – 110 кг, рост – 187 см. ИМТ – 31,5 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная.

ВОПРОСЫ:

1. Составте план обследования
2. Поставьте диагноз
3. Какой уровень гликемии соответствует полученному проценту гликированного гемоглобина?
4. Какова тактика лечения для данного пациента?
5. Какой индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента является рекомендованным?
6. Какой уровень гликемии соответствует выбранному проценту гликированного гемоглобина для данного пациента
7. Что следует учесть с связи с возрастом пациента?
8. Какие существуют клинические особенности течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста?
9. Какие существуют лабораторные особенности течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста?
10. Какова наиболее рациональная комбинацией сахароснижающих препаратов в данном случае?

Ситуация 03

Женщина 41 года обратилась к эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 9,2 ммоль/л.

Анамнез заболевания

6 месяцев назад пациентке был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа. В дебюте гликированный гемоглобин 8,1%. Был назначен метформин 1000 мг 2 раза в день и вилдаглиптин 50 мг 2 раза в день, принимает по настоящее время. Измерение гликемии 1 раз в день натощак. В настоящий момент гликемия 8-9 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать, отец – сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамнез не отягощен. Профессия – учительница.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 130/76 мм рт. ст. Вес – 112 кг, рост – 175 см. ИМТ – 36,6 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Результаты обследования

Определение гликированного гемоглобина 7,8%

ВОПРОСЫ:

1. Составьте план обследования
2. Поставьте диагноз
3. Какой уровень гликемии соответствует полученному проценту гликированного гемоглобина?
4. Какова тактика лечения для данной пациентки?
5. Какой индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данной пациентки является рекомендованным?
6. Какой уровень гликемии соответствует выбранному проценту гликированного гемоглобина?
7. Возможный вариант интенсификации терапии?
8. Перечислите рациональные и нерациональные комбинации сахароснижающих препаратов
9. Охарактеризуйте особенности действия назначенного Вами препарата

Ситуация 04

Мужчина 41 года обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На боли в суставах, постоянную потливость.

Анамнез заболевания

В течение последних четырех лет отмечает боли в крупных суставах, преимущественно – в тазобедренных. В течение последнего года также отмечает постоянную потливость, не связанную с физической нагрузкой. Самостоятельно сдал анализ крови на ТТГ - 2.11 мМЕ/л (0.25-3.5). Самостоятельно обратился на амбулаторный приём.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощён. Хронические заболевания: отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отеков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 60 в минуту, АД – 145/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размеров кистей и стоп, огрубление черт лица, диастема.

ВОПРОСЫ:

7. Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня - ?
8. Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является - ?
9. Пациенту можно поставить диагноз - ?
10. Его заболевание обусловлено аденомой гипофиза, секретирующей - ?
11. Методом выбора в качестве первичного лечения является - ?
12. Когда после операции необходимо исследовать уровень инсулиноподобного фактора роста – 1 - ?
13. Когда после операции необходимо исследовать уровень гормонов щитовидной железы и половых гормонов - ?
14. Когда после операции необходимо провести контрольную МРТ головного мозга?
15. При недостижении ремиссии после оперативного лечения в качестве первой линии медикаментозной терапии применяются - ?
16. К аналогам соматостатина относится - ?
17. Начальная дозировка показанного пролонгированного действия составляет - ?

Ситуация 05

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на прием к терапевту поликлиники

Жалобы

На головные боли диффузного характера, эпизодическое повышение АД, максимально до 145/95 мм рт. ст.; сухость во рту, жажду, частое и обильное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Считает себя здоровым, однако на протяжении последних 3-х лет периодически отмечает появление головных болей и повышение АД до 145/95 мм рт. ст. при «рабочих» цифрах 120/70 мм рт. ст. Два месяца тому назад в ходе планового профилактического осмотра впервые в жизни было выявлено повышение уровня глюкозы крови натощак до 10,1 ммоль/л и проведено УЗИ органов брюшной полости: Заключение: свободной жидкости нет. Печень: правая доля 143 мм (КВР:130-150), левая доля 70 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднен. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68x28 мм, стенка 2 мм, содержимое эхонегативное. Объем желчного пузыря 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка 48 см² (до 50) не изменена.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональные вредности: отрицает. Аллергологический анамнез: аллергических реакций на протяжении жизни не отмечал. Наследственность: отец - 78 лет, здоров; мать - 70 лет, перенесла мозговой инсульт в 65 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеки не определяются. Видимые слизистые не изменены. Рост=172 см, вес=109 кг, ИМТ=36,8 кг/м². При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями, хрипов нет. При перкуссии в легких - ясный легочный звук. ЧД в покое – 18 в мин. Область сердца визуально не изменена. При перкуссии: левая граница сердца смещена на 1 см наружи, верхняя и правая - в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 100 уд. в мин., АД 175/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневный.

Результаты лабораторных обследований

Клинический анализ крови

ОАК: WBC $3,40 \times 10^9$ /л, RBC $5,53 \times 10^{12}$ /л, HGB 161,0 г/л, HCT 51,50%, MCV 93,10 фл, MCH 29,10 пг, MCHC 313,00 г/л, PLT $204,0150-450 \times 10^9$ /л. Нейтрофилы % - 42,30, лимфоциты % - 44,50, моноциты % - 4,30, эозинофилы % 5,00, базофилы % - 0,90. Нейтрофилы - $1,40 \times 10^9$ /л, лимфоциты - $1,50 \times 10^9$ /л, моноциты - $0,10 \times 10^9$ /л, эозинофилы - $0,20 \times 10^9$ /л. Цветовой показатель - 0,87. RDW 13,50%. СОЭ - 4 мм/час

Биохимический анализ крови: креатинин 88,9 мкмоль/л, СКФ-ЕП 88 мл/мин/1,73 м², азот мочевины 4,48 ммоль/л

Клинический анализ мочи

Цвет - Светло-жёлтый, прозрачная, удельный вес - 1,011, реакция 5,5, белок 0,8 г/л, билирубин - не обн., уробилиноген – следы, кетоновые тела - не обн., нитриты не обн., реакция на кровь (гемоглобин) - не обн. лейкоцитарная эластаза - не обн. Микроскопия мочи - плоский эпителий 4,0 кл/мкл, лейкоциты - 14,0 кл/мкл, эритроциты 6,0 кл/мкл, цилиндры - не обн., кристаллы - не обн., бактерии - не обн., слизь – неб. количество

Липидный профиль: холестерин 5,79 ммоль/л, триглицериды 1,04 ммоль/л, ЛП-ВП1 61 ммоль/л, ЛПОНП 0,470, 19-0,77 ммоль/л, ЛПНП 3,71 ммоль/л, КА 2,6

Определение калия и натрия сыворотки: натрий 143 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л

Результаты инструментальных обследований

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий:

Заключение: признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий: гемодинамически незначимые стенозы в области бифуркации ОСА. По передней и задней стенкам локальными кальцинированными атеросклеротическими бляшками с неровной поверхностью 15-20% по диаметру; в области бифуркации ОСА по передней стенке локальной гетерогенной атеросклеротической бляшкой с неровной поверхностью 20% по диаметру.

Ультразвуковое исследование почек

Правая почка 109x50 мм, левая – 102x50 мм, обычно расположены, с ровными, четкими контурами подвижность не изменена, толщина паренхимы до 19 мм, кортико-медуллярная

дифференцировка сохранена, ЧЛС – не расширены, справа синусная киста размерами до 19x9 мм; область надпочечников не изменена.

Исследование глазного дна

Заключение окулиста: ретинопатия смешанного генеза. Начальные признаки катаракты OS.

КТ головного мозга

Головной мозг: смещения срединных структур не выявлено. Вещество головного мозга: серое и белое вещество мозга дифференцируется. Очагов патологической плотности в веществе головного мозга не выявлено. Ликворосодержащие пространства: субарахноидальные пространства и цистерны мозга не расширены. Желудочки мозга не расширены. Боковые желудочки симметричны. Селлярная область: не изменена. Краниовертебральный переход: обычно сформирован. Миндалины мозжечка расположены выше края большого затылочного отверстия. Костные структуры и полости: внутренние и наружные слуховые проходы – без особенностей. Воздушность клеток сосцевидных отростков не изменена. Остальные кости основания и свода черепа не изменены. Заключение: патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Лабораторное обследование пациента должно включать - ?
2. Инструментальное обследование пациента должно включать - ?
3. На основании имеющихся анамнестических данных и результатов проведенного обследования пациенту может быть поставлен диагноз - ?
4. Целевой уровень HbA1C для данного пациента должен быть ниже - _ %
5. Окончательный диагноз пациента должен быть сформулирован как - ?
6. Для лечения сахарного диабета пациенту показано назначение - ?
7. Модификация диеты при Сахарном диабете для данного пациента должна включать ограничение - ?
8. Антигипертензивная терапия для данного пациента должна включать- ?
9. После назначения в качестве антигипертензивной терапии моноприла и фелодипина пациент стал беспокоить сухой надсадный кашель, преимущественно возникающий в ночное время суток и нарушающий сон. В этой ситуации целесообразно - ?
10. При резистентной АГ в качестве четвертого антигипертензивного препарата в первую очередь следует рассмотреть - ?

Ситуация 06

На приём к врачу-эндокринологу пришла пациентка 30 лет

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,4 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии до 1 раза в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 13 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 17 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. В настоящее время у пациентки 10 недель беременности. На момент осмотра терапия по схеме Лантус 16 Ед в 22.00, Хумалог перед

основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед, уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 6,9%, колебания гликемии от 2,4 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 2,9 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая полинейропатия, данных за наличие диабетической нефропатии и ретинопатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка работает нотариусом.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 22,0 кг/м², температура тела – 36,6°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с левой стороны. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

ВОПРОСЫ:

1. Целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее _____ %
2. Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее _____ ммоль/л
3. Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее _____ ммоль/л
4. Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды у пациентки составляет менее _____ ммоль/л
5. Риск развития гипогликемических состояний увеличивается на сроке - ?
6. Как часто во время беременности должны осуществляться анализ мочи на соотношение альбумин/креатин и расчет СКФ?
7. Учитывая наличие у пациентки дистальной диабетической полинейропатии, должен быть выставлен код _____ по МКБ-10
8. Перевод на помповую инсулинотерапию необходимо осуществлять не позднее _____ недели беременности
9. При необходимости экстренного разрешения при использовании помповой инсулинотерапии рекомендовано снижение базальной скорости на _____ %
10. Каковы условия хранения запаса инсулина?
11. Достижение целевого уровня гликированного гемоглобина рекомендовано за _____ месяца/месяцев до зачатия
12. Целевые показатели глюкозы в родах составляют _____ ммоль/л

Ситуация 07

На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 72 лет.

Жалобы на отеки на ногах, одышку при обычной физической нагрузке, на сухость во рту.

Анамнез заболевания

Несколько месяцев назад появилась одышка при ходьбе в обычном темпе, тогда же заметила отеки на ногах в области лодыжек. В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Пенсионерка. Перенесённые заболевания, операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия в 42 года), периодически повышенные артериального давления, максимально до 175 и 105 мм.рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает. Наследственность: у отца сахарный диабет 2 типа. Аллергоанамиаз: не отягощен. Вредные привычки: отрицает. Часто употребляет конфеты, торты, хлебобулочные изделия.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 164 см, масса тела – 76 кг, индекс массы тела – 28,1 кг/м², температура тела – 36,2°C. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, плотные отёки голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 158/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови: общий белок, г/л - 72,1, билирубин, мкмоль/л - 9,4, мочевины, ммоль/л - 4,2, общий холестерин, ммоль/л - 6,3, креатинин, мкмоль/л - 74, СКД-ЕР1, мл/мин/1,73 м² - 70, АСТ, Ед/л - 11,7, АЛТ, Ед/л - 7,6, глюкоза, ммоль/л - 8,3, железо, мкмоль/л - 14,6

Клинический анализ крови: эритроциты (RBC), *10¹²/л - 4,8, гемоглобин (Hb), г/л 136, гематокрит (HCT), %42, цветовой показатель (ЦП)0,94, усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)–84, среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)–28, средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл - 36,3, ретикулоциты (RET), %10, тромбоциты (PLT), *10⁹/л–210, лейкоциты (WBC), *10⁹/л - 8,8. Лейкоцитарная формула: нейтрофилы палочкоядерные 4%, нейтрофилы сегментоядерные 62%, эозинофилы, 2%, базофилы, 0%, лимфоциты, 30%, моноциты, 2%; СОЭ, 12мм/ч

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность – полная, реакция (PH) - нейтральная (7,0), отн плотность – 1015, количество осадка – незначительное, микроальбумин – 120мг/г, глюкоза - 6 ммоль/л, кетоновые тела – отр., билирубин – отр, уробилиноген - <17,0 мкмоль/л, клетки плоского эпителия - 0-1-2 в п/з, клетки переходного эпителия – отр., клетки почечного эпителия – отр, лейкоциты - 0-1-2 в п/зр, эритроциты неизмененные – отр, эритроциты измененные – отр., цилиндры гиалиновые – отр, соли – отр., слизь – отр., бак – отр., дрожжевые грибки – отр., суточномониторирование уровня глюкозы

Колебание суточной гликемии от 7,6 до 15,5 ммоль/л.

Результаты дополнительного обследования - гликированный гемоглобин (HbA1c) – 9,1%.

Результаты инструментальных методов обследования

Электрокардиография: ритм синусовый. ЧСС – 86 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Эхокардиография: зон гипокинеза нет. ФВ – 55 %. Диастолическая дисфункция по 1 типу. Признаков легочной гипертензии нет. Легкая митральная и трикуспидальная регургитация. Листки перикарда не уплотнены.

ВОПРОСЫ:

1. Какие лабораторные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
3. Инструментальными исследованиями, которые необходимо провести пациентке, являются - ?
4. На основании клинико-анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз - ?
5. Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < _____ %
6. В качестве сахароснижающей терапии показано назначение
7. Необходим повторный контроль HbA1c через _____ месяца/месяцев
8. Пациентке необходимо рекомендовать проводить контроль глюкозы капиллярной крови _____ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
9. Для лечения сопутствующей патологии показано назначение
10. При обследовании через 6 месяцев уровень HbA1c составил 8,4%. Пациентке показано назначение
11. Медикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме - ?
12. Немедикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в - ?

Ситуация 08

Женщина 25 лет с сахарным диабетом 1 типа обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции инсулинотерапии. Беременность 24 недели.

Жалобы: на вариабельность гликемии от 2,9 до 10,4 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в сутки.

Анамнез заболевания: сахарный диабет 1 типа диагностирован 20 лет назад (в возрасте 5 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 20 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. В настоящее время у пациентки 25-я неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме: Тресиба 14 Ед в 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 6,5%, колебания гликемии от 2,9 до 10,4 ммоль/л. Гипогликемии ощущает на уровне 3,0 ммоль/л, купирует соком, конфетами, сахаром. Тяжелые гипогликемии отрицает. Из осложнений ранее выявлены дистальная диабетическая нейропатия, диабетическая препролиферативная ретинопатия. Данных за наличие диабетической нефропатии не получено. Пациентка предоставила дневник гликемии за последние 2 дня.

		Завтрак											Обед					Ужин						
Показатели		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
13. 04	Сахар крови								5,3	7,9	5,9			5,9	9,8			6,1		5,4				8,1
	ХЕ								3					5						4				
	Ультракороткий инсулин								3,0					6,0	1					10,0				1
	Продленный инсулин												14 Ед											
14. 03	Сахар крови								5,7	--				7,9	9,0			5,5			5,0			6,8
	ХЕ								3					3							1			
	Ультракороткий инсулин								3,0					3,9							1,0			
	Продленный инсулин												14 Ед											

Анамнез жизни.Наследственность: не отягощена.Аллергологический анамнез без особенностей.Пациентка работает секретарем.

Объективный статус: Рост – 168 см, масса тела– 60 кг, температура тела – 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 80 в минуту, АД – 106/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций инсулина без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

ВОПРОСЫ:

1. Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее _____ %
2. Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее _____ ммоль/л
3. Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее _____ ммоль/л
4. Целевой уровень гликемии перед сном у пациентки составляет менее _____ ммоль/л
5. Пациентка должна быть предупреждена, что риск развития гипогликемических состояний увеличивается со срока _____
6. Как часто во время беременности должен осуществляться осмотр офтальмолога с расширенным зрачком?
7. Укажите типы инсулинов, рекомендованные при беременности?
8. Какие мероприятия показаны в случае выраженного ухудшения препролиферативной ретинопатии?
9. Чем определяются срок и метод родоразрешения при сахарном диабете 1 типа?
10. Риск развития сахарного диабета 1 типа у ребенка в течение жизни при наличии сахарного диабета 1 типа у матери или отца составляет _____ %
11. При плановом оперативном родоразрешении доза инсулина продленного действия уменьшается накануне операции на _____ %
12. Грудное вскармливание при сахарном диабете сопряжено с риском развития - ?

Ситуация 09

Пациентка 40 лет с жалобами на боли в спине и частые эпизоды повышения АД, направлена к Вам на консультацию для исключения эндокринного генеза имеющихся симпто-

мов. По месту жительства пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников, выявившую образование.

Жалобы на эпизодическое повышение АД до 150/95 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью, прибавку массы тела на 13 кг за последние 2 года, боли в спине ночью и утром после сна.

Анамнез заболевания. Около 2 лет назад стала прибавлять в весе и отмечать повышение АД до 155/90 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью. В дальнейшем присоединились ломящие боли в спине ночью и утром после сна, повышенная утомляемость, повышенная потливость, нарушение менструального цикла с задержками до 3 месяцев. Суммарная прибавка в весе за 1,5 года составила 13 кг (с 75 кг до 88 кг с распределением подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу). Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 25 Ед НУ.

Анамнез жизни. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не было. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность не отягощена. Менструации нерегулярные, безболезненные, не обильные.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 88 кг (ИМТ = 27,7 кг/м²). Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Отмечается наличие гиперемии щек, угревых высыпаний на лице. Стрии не выявляются. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 150/85 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

Результаты лабораторных методов обследования.

Кортизол крови в ходе ночного подавляющего теста с 1,0 мг дексаметазона (утро) - 153 нмоль/л

Суточная экскреция с мочой метилированных производных катехоламинов (метанефрин, норметанефрин) - Объем мочи - 1.85 л. Метанефрин - 113.59 мкг/сут (25-312). Норметанефрин - 379.25 мкг/сут (35-445).

Альдостерон и ренин крови - Альдостерон, в покое сидя – 506 пмоль/л (70.9-980). Ренин (прямая концентрация) – 21 мкМЕ/мл (2.8-39.9).

Кортизол крови в вечерние часы - 691 нмоль/л (123-626)

АКТГ крови в утренние часы - 3.6 пг/мл (7-66)

Кортизол слюны в вечернее время - 10.1 нмоль/л (0.5-9.4)

Результаты инструментального исследования.

Компьютерная томография с контрастным усилением и оценкой плотности в отсроченную фазу Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования

размерами 25x20x27 мм, плотностью до 30 Ед НУ в нативную фазу, до 65 Ед НУ - в венозную, до 38 Ед НУ - в отсроченную.

ВОПРОСЫ:

1. Какие лабораторные исследования необходимы для постановки диагноза на первом этапе?
2. Какие дополнительные лабораторные исследования требуются для постановки окончательного диагноза?
3. Какие дополнительные инструментальных исследований требуются для постановки окончательного диагноза и определения лечебной тактики?
4. На основании полученных результатов можно поставить диагноз - ?
5. Какой КТ-фенотип имеет выявленное образование?
6. Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более _____ см
7. Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются _____ снижением плотности более чем на _____ %
8. В ходе дообследования у пациентки было исключено наличие нарушений углеводного обмена, но при боковой рентгенографии позвоночника выявлены компрессионные переломы тел поясничных позвонков. С учетом полученных результатов обследования оптимальной лечебной тактикой будет - ?
9. В каком случае показано назначение заместительной глюкокортикоидной терапии после односторонней адреналэктомии по поводу опухоли ?

Ситуация 10

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 48 лет.

Жалобы на слабость, выпадение волос, ломкость ногтей, набор массы тела.

Анамнез заболевания. В течение полугода отмечает общую слабость, выпадение волос, ломкость ногтей, за год отмечается набор массы тела на 8 кг

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Библиотекарь. Перенесённые заболевания: псориаз. Беременности – 3, роды – 2. Наследственность: не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Речь замедлена. Нормального питания, рост 1,65 м, вес 75 кг, индекс массы тела 27,7 кг/м², t тела 36,1°C. Кожные покровы бледные, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, узлы не пальпируются. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазные симптомы отрицательные. Периорбитальные отеки.

Результаты лабораторных методов обследования.

АТ к ТПО - 570 Ед/мл (норма <35), АТ к ТГ- 210 Ед/мл (норма <18)

ТТГ – 54,6 мЕд/л (норма 0,4-4,0), Т4 св. – 6,2 пмоль/л (норма 10,8 - 22,0)

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование ЩЖ. Щитовидная железа расположена обычно, контур ее ровный, четкий. Объем правой доли 7 мл, объем левой доли 5 мл, паренхима пониженной эхогенности, диффузно неоднородна за счет зон различной эхогенности. Кровоток не изменен. Регионарные лимфоузлы не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Какие лабораторные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
2. Какие инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза?
3. В каких случаях показано КТ или МРТ щитовидной железы?
4. Предполагаемый диагноз - ?
5. Для лечения заболевания пациентке необходимо назначить -
6. Пациентке целесообразно назначить препарат в полной расчетной дозе ____ мкг
7. Для контроля лечения необходимо оценить уровень - ?
8. С какой периодичностью требуется контролировать этот показатель до достижения компенсации?
9. Какова тактика в случае достижения компенсации заболевания?
10. Каковы осложнения патологии пациентки?
11. В чем заключается наблюдение пациента с данной патологией, с какой периодичностью его проводят?
12. В чем заключается вторичная профилактика осложнений данной патологии?

Ситуация 11

Женщина 44 лет с аменореей направлена в связи низкими результатами денситометрии.

Жалобы: отсутствие менструаций в течение 9 месяцев, диффузные боли в костях, периодически возникающие судороги в икрах ног, покалывание в пальцах рук, повышенную ломкость ногтей.

Анамнез заболевания. Из анамнеза известно, что пациентка в течение последних 2 лет занялась своим здоровьем, перешла на «правильное питание» с общей калорийностью 1300 ккал/сут, интенсивно занимается спортом (тренажерный зал, бег), готовится пробежать полумарафон. За последние 2 года потеряла 20 кг массы тела. По совету старшей сестры подруги пациентка сделала рентгеноденситометрию, по результатам которой обратилась к эндокринологу. Данные денситометрии: Т-критерий: L1-L4 = -2,8, бедро = -2,0, шейка бедра = -2,7. Z-критерий: L1-L4 = -2,0, бедро = -1,6, шейка бедра = -2,3

Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Замужем, Б-2, Р-2. Менструации с 13 лет, менструальный цикл нерегулярный в течение жизни, в течение последних 9 месяцев менструации отсутствуют. Аллергические реакции: амоксициллин (токсикодермия). Наследственность – отягощена по сахарному диабету 2 типа и остеопорозу (у матери перелом шейки бедра в возрасте 65 лет).

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение нормостеническое. Масса тела 52.0 кг. Рост 169 см. Индекс массы тела 18.2 кг/м². Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Сердечно-сосудистая система: артериальное давление 120/70 мм рт. ст. ЧСС 62 уд/мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. Органы дыхания: число дыханий в 1 мин. 16, грудная клетка правильной формы, в акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют, дыхание везикулярное. Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не увеличена. Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

ВОПРОСЫ:

1. Для уточнения наличия нарушений кальций-фосфорного обмена необходимо определить уровень - ?
2. Причиной костных осложнений при аменорее является низкий уровень - ?
3. При гипоталамической аменорее при пробе с агонистами ГнРГ (100 мг диферелинап/к с определением ЛГ и ФСГ исходно и через 4 часа) характерно - ?
4. Каков механизм развития остеопороза при вторичном гиперпаратиреозе?
5. Какой диагноз можно поставить на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных?
6. В чем заключается основной подход к лечению гипоталамической аменореи?
7. Почему назначение оральных контрацептивов при гипоталамической аменорее является нежелательным?
8. Какие препараты показаны пациентке?
9. Пациентке с уровнем общего 25(ОН)D 11 нг/мл для коррекции его уровней до целевых должен быть назначен колекальциферол в дозе ____ МЕ на
10. Целевые значения общего 25(ОН)D у данной пациентки составляют _____ нг/мл

Ситуация 12

Мужчина 40 лет повторно обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы На избыточную массу тела, усталость.

Анамнез заболевания Ожирение около 20 лет. Наблюдается у эндокринолога по поводу ожирения 7 лет. В течение этого периода времени были испробованы диетические и медикаментозные (орлистат, в настоящее время принимает сибутрамин) методы лечения. Вес за последние год. Режим питания нерегулярный, вкусовые пристрастия не отмечает. Наиболее объемные порции вечером после работы.

Анамнез жизни. Наследственный анамнез: отец, мать – ожирение. В остальном без особенностей.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гипер-

стеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет. Рост – 170 см, вес – 95 кг. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 130/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки.

Результаты лабораторных методов обследования

ТТГ 3,5 мМЕ/л (0,4-4,0)

Кортизол в ходе ночного подавляющего теста с 1 мг дексаметазона: кортизол утром в крови 48,2 нмоль/л (N < 50)

Результаты инструментального метода обследования:

УЗИ брюшной полости. Заключение: эхопризнаки жирового гепатоза, липоматоза поджелудочной железы

УЗИ щитовидной железы. Объем железы 18 мл. Эхогенность средняя, эхоструктура однородная. Узловые образования не определяются.

ВОПРОСЫ:

1. Какой лабораторный метод исследования необходим для исключения вторичного ожирения?
2. Какой инструментальный метод исследования необходим?
3. Индекс массы тела пациента составляет ____ кг/м²
4. Какова степень ожирения данного пациента?
5. Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является - ?
6. Показана ли пациенту медикаментозная терапия?
7. Какой механизм действия препарата?
8. Какова терапевтическая доза препарата для лечения ожирения?
9. Каковы противопоказания к назначению препарата?
10. Какая бариатрическая операция в отношении желудка функционально обратимой?
11. У мужчин не рекомендуется сокращение суточного рациона ниже ____ ккал

Ситуация 13

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 34 лет

Жалобы: боль при глотании, боли по передней поверхности шеи, иррадиирующие в околоушную область, шею, затылок, сердцебиение, потливость, повышение температуры тела до 38,2 °С

Анамнез заболевания. 4 недели назад заболела гриппом (диагноз подтвержден лабораторно), была лихорадка до 39° С, слабость, на 3-и сутки начался ринит. Через неделю от начала заболевания чувствовала себя удовлетворительно, жалоб не предъявляла, была выписана на работу. Накануне визита к терапевту стала отмечать боль по передней поверхности шеи, иррадиирующую в околоушную область и затылок, боль при глотании, серд-

цебиение, потливость. в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов и повышением температуры тела до 38,2° С пришла на прием к участковому врачу-терапевту

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Работает преподавателем в ВУЗе. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Беременности – 2, роды – 2. Наследственность: неотягощена. Аллергоанамнез: неотягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела 21,5 кг/м², t тела 38,4°С. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, при пальпации плотная, резко болезненная, кожные покровы шеи обычной окраски, гиперемии нет. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Тремор рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	4,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	45	47-72
Эозинофилы, %	5	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	44	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	52	м. 2-10 ж. 2-15

ТТГ 0,01 мЕд/мл (норма 0,4-4,0 мЕд/мл),
Т4 св. – 24,6 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л),
Т3 св. – 5,8 (норма 2,6-5,7 пмоль/л)

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование щитовидной железы. Щитовидная железа расположена обычно. Объем правой доли 16 мл, объем левой доли 18 мл, «облаковидные» зоны пониженной эхогенности в обеих долях. Кровоток не изменен. Регионарные лимфоузлы лоцируются, единичные увеличены до 1 см, с сохраненной эхоструктурой.

Сцинтиграфия щитовидной железы. Резкое снижение захвата ^{99m}Tc -пертехнетата

МРТ области шеи. На T1-взвешенных снимках определяется увеличенная в объемах щитовидная железа

ВОПРОСЫ

1. Какой лабораторный метод исследования необходим для установления диагноза?
2. Какой инструментальный метод исследования необходим?
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
4. В чем заключается Тест Крайля?
5. Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является - ?
6. Что является критерием для снижения дозы препарата?
7. Какова продолжительность лечения ?
8. Какая терапия показана пациентке с учетом наличия тиреотоксикоза?
9. Чем в большинстве случаев заканчивается данное заболевание?

Ситуация 14

Мужчина 63 лет обратился на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время), боли в области шеи.

Анамнез заболевания. В течение нескольких недель беспокоит повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время), боли в области шеи. Впервые обратился к эндокринологу.

Анамнез жизни. Семейный анамнез: бабушка – тиреоидэктомия по поводу зоба с компрессионным синдромом. Лекарственный анамнез не отягощён. Аллергических реакций не отмечалось. Вредные привычки: нет. Проживает в г. Москве. Трудовой анамнез: работает электриком.

Объективный статус. Рост – 170 см, масса тела – 54 кг, ИМТ – $18,7 \text{ кг/м}^2$. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 82 уд. в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. Щитовидная железа при пальпации болезненна, не увеличена, узлы не пальпируются, лимфатические узлы не пальпируются.

ВОПРОСЫ

1. Какой лабораторный метод необходим для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе?
2. Какой инструментальный метод исследования необходим?
3. Какой предполагаемый диагноз?
4. Какое исследование необходимо для окончательной верификации диагноза?
5. Наиболее предпочтительной тактикой ведения данной патологии является - ?
6. Какая терапия показана при легких формах этого заболевания?
7. Какова продолжительность лечения ?
8. Что является причиной заболевания?

Ситуация 15

На приеме пациентка 21 года.

Жалобы: слабость, плохой аппетит, похудание, головокружение.

Анамнез заболевания. Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит. В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела. 2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормально. Является студенткой. Перенесённые заболевания: детские инфекции. Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные. Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: курит.

Объективный статус. Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,7 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперпигментированы, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании.

Результаты дополнительных методов обследования

Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100

Показатель	Результат	Нормы
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), ‰	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	3,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	46	47-72
Эозинофилы, %	7	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	41	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок, г/л	71,1	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	8,7	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	42	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	6,1	0,0-5,3
Креатинин, мкмоль/л	74	58,0-96,0
АСТ, Ед/л	10,5	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	5,9	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	3,4	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	5,5	3,5-5,1
Натрий, ммоль/л	131	132-146
Хлор, ммоль/л	100	101-110

ВОПРОСЫ

1. Какие обследования необходимы для постановки диагноза?
2. Для косвенного подтверждения диагноза необходимо выполнить - ?
3. Определение антител к _____ позволяет идентифицировать этиологию заболевания
4. Какой диагноз вы поставите пациентке?
5. Какая терапия показана пациентке?
6. Какие препараты могут быть альтернативой?
7. Как оценивать адекватность заместительной терапии?
8. Как изменить терапию при развитии гипертонии?
9. В чем заключается профилактика развития острой декомпенсации основной патологии при интеркуррентном заболевании?
10. Какова частота посещения врача-эндокринолога?

4.3. Тестовые задания:

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ОТНОСИТСЯ К _____ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ ОЖИРЕНИЯ

- А психологическим и поведенческим
- Б демографическим**
- В социально-экономическим
- Г генетическим

ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ (ТАБ) УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «ВЕТNESDA, II» ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

- А хирургическое лечение
- Б динамическое УЗИ наблюдение**
- В повторное проведение ТАБ
- Г молекулярно-генетическое исследование

СНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТИОНАМИДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А подавлении протеолизатиреоглобулина
- Б нарушении конверсии Т4 в Т3
- В блокировании тиреоидной пероксидазы**
- Г нарушении транспорта йодидов внутрь клетки

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБЯЗАНЫ

- А сообщать работодателю о заболевании сотрудника
- Б соблюдать врачебную тайну**
- В предоставлять информацию в письменном виде по просьбе родственников о состоянии и диагнозе пациента
- Г рассказывать представителям средств массовой информации о случаях поступления пациентов с криминальными травмами

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНИН МОЖЕТ ВЫБИРАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ___ В ГОД

- А 4 раза
- Б 2 раза
- В 3 раза
- Г 1 раз**

ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ, ДЛЯ РАБОТЫ ПО ПОЛУЧЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ДОЛЖНЫ ПРОЙТИ

- А периодическую аккредитацию
- Б первичную специализированную аккредитацию**
- В аттестацию
- Г первичную аккредитацию

ПРИ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А минералокортикоидная функция не страдает, т.к. она регулируется гипоталамо-гипофизарной системой
- Б минералокортикоидная функция страдает, т.к. она регулируется гипоталамо-гипофизарной системой
- В минералокортикоидная функция нарушена, т.к. она регулируется ренин-ангиотензин-альдостероновой системой

Г **минералокортикоидная функция не страдает, т.к. она регулируется ренин-ангиотензин-альдостероновой системой**

ОДНИМ ИЗ СПЕЦИФИЧНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРИТЕРИЕВ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ В КРОВИ

- А паратгормона
- Б соматотропного гормона
- В тиреотропного гормона
- Г **17-гидроксипрогестерона**

НАИБОЛЕЕ КРУПНЫЕ ВНЕАДПОЧЕЧНИКОВЫЕ СКОПЛЕНИЯ ХРОМАФФИННОЙ ТКАНИ (ПАРАГАНГЛИИ) РАСПОЛОЖЕНЫ У ОСНОВАНИЯ

- А **наружной и внутренней сонных артерий и по ходу аорты и являются постоянными анатомическими образованиями**
- Б наружной и внутренней сонных артерий и по ходу нижней полой вены и являются постоянными анатомическими образованиями
- В внутренней яремной вены и по ходу аорты, но, как правило, подвергаются инволюции в первые годы жизни
- Г внутренней яремной вены и по ходу нижней полой вены, но, как правило, подвергаются инволюции в первые годы ж

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СЕЛЕКТИВНЫЙ ЗАБОР КРОВИ ИЗ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ВЕН, БУДУЩИ КЛЮЧЕВЫМ ЭТАПОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

- А требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов накануне исследования
- Б требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за 2 дня до исследования
- В требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за 2 недели до исследования
- Г **не требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов**

ХАРАКТЕРНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

- А акрального расположения
- Б **в зонах избыточного нагрузочного давления**
- В в пяточной области
- Г на тыле стопы в области плюсны

ВТОРИЧНАЯ РУБЕОЗНАЯ ГЛАУКОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А **роста сосудов по радужной оболочке глаза**
- Б диабетической ретинопатии
- В травмы глаза
- Г гликирования хрусталикам

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ____ АРТЕРИЕЙ

- А латеральной предплюсневой
- Б малоберцовой
- В передней большеберцовой
- Г **задней большеберцовой**

ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОРАЖАЮТСЯ

- А капилляры
- Б **артерии**
- В вены
- Г вены

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А фиброзно-кистозная мастопатия
- Б миома матки
- В рак эндометрия**
- Г опущение стенок влагалища

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТРАНСГЕНДЕРАМ ИМЕЕТСЯ УМЕРЕННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ

- А почечной недостаточности
- Б надпочечниковой недостаточности
- В артериальной гипертензии**
- Г аутоиммунного тиреоидита

МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНОМ У МУЖЧИН ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ В КРОВИ

- А креатинина
- Б АЛТ, АСТ
- В кальция
- Г гемоглобина, гематокрита**

ПОГРАНИЧНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ НОРМЫ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

- А **6,0**
- Б 6,5
- В 7,0
- Г 6,1

СОЧЕТАНИЕ БРОНЗОВОЙ ОКРАСКИ КОЖИ, ГЕПАТОМЕГАЛИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А неалкогольной жировой болезни печени
- Б гемохроматоза**
- В болезни Вильсона-Коновалова
- Г алкогольного стеатогепатита

УРОВНЮ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ 6,5% СООТВЕТСТВУЕТ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

- А 7,8
- Б 8,0**
- В 9,0
- Г 10,0

ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ

- А паратиреоидного гормона
- Б кальция и витамина D
- В витаминов А, Е, В1**
- Г белка

К ГЛАВНЫМ ЦЕЛЯМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ

- А снижение потребления насыщенных жиров и простых углеводов
- Б улучшение внешнего вида и повышение самооценки пациента
- В снижение массы тела, достижение хорошего метаболического контроля, достижение оптимального уровня артериального давления**
- Г увеличение потребления овощей и фруктов

РЕСТРИКТИВНЫМИ БАРИАТРИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА

- А удаление жировых отложений
- Б **уменьшение размеров желудка**
- В пересадку жировых отложений
- Г снижение абсорбции пищи в кишечнике

ПРИ ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННОМ ДИАГНОЗЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДИНАМИКЕ ЧЕРЕЗ

- А 1 месяц
- Б **6 месяцев**
- В 3 месяца
- Г 12 месяцев

В ХОДЕ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА СЕКРЕЦИЯ СТГ В НОРМЕ

В ХОДЕ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА СЕКРЕЦИЯ СТГ В НОРМЕ

- А не изменяется
- Б **подавляется**
- В стимулируется, а затем подавляется
- Г стимулируется

СЕКРЕЦИЯ СОМАТОСТАТИНА ПРОИСХОДИТ В

- А передней доле гипофиза
- Б щитовидной железе
- В **поджелудочной железе**
- Г задней доле гипофиза

КОНЦЕНТРАЦИЯ ИФР-1 В КРОВИ СНИЖАЕТСЯ ПРИ

- А **голодании**
- Б ожирении
- В надпочечниковой недостаточности
- Г физических упражнениях

ВРОЖДЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРОДУКЦИИ БЕЛКА ВОЛЬФРАМИНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СОЧЕТАНИЯ

- А гиперпаратиреоза и гиперинсулинемии
- Б надпочечниковой недостаточности и гипогонадизма
- В гиперпролактинемии и гиперкортицизма
- Г **сахарного диабета и несахарного диабета**

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ИНСУЛИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБА С

- А глюкагоном
- Б **голоданием**
- В сухоедением
- Г инсулином

СОЧЕТАНИЕ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ, МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ПЛАЗМОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА, СКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ И ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
- Б комплекса Карни
- В **синдрома ROEMS**
- Г болезни Гиппеля-Линдау

ТЕВАНАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

- А **вторичном гиперпаратиреозе**

- Б первичном гиперпаратиреозе
- В гипокальциурии
- Г **беременности**

РЕЗОКЛАСТИН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

- А гиперкальциемии
- Б печеночной недостаточности
- В дефиците витамина D
- Г **снижении СКФ менее 30 мл/мин**

КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕНИЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

- А неделю
- Б день
- В 3 месяца
- Г **12 месяцев**

ПОКАЗАНИЕМ К СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ Х-ЛПНП МЕНЕЕ 1,5 ММОЛЬ/Л У ПАЦИЕНТОВ С СД И ИБС ЯВЛЯЕТСЯ

- А наличие перемежающейся хромоты
- Б прогрессирование диабетической нефропатии со снижением СКФ менее 60 мл/мин/1,73м²
- В наличие других сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза
- Г **прогрессирование атеросклеротического поражения артерий, несмотря на достижение уровня Х-ЛПНП менее 1,8 ммоль/л**

КАКОЙ ПРЕПАРАТ РЕКОМЕНДОВАН ПРИ СОХРАНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ иАПФ/БРА, АНТАГОНИСТЫ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ, БЕТА-БЛОКАТОРОВ?

- А эналаприл
- Б бисопролол
- В пропранолол
- Г **ивабрадин**

НЕФРОТОКСИЧНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А метформин
- Б **рентген-контрастный препарат**
- В розувастатин
- Г амлодипин

СУЩЕСТВЕННОЕ ПРЕВЫШЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ДОЗЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ ГИПОТИРЕОЗА, ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- А **атрофического гастрита**
- Б несмыкаемости кардии
- В полипоза желудка
- Г рака желудка

СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФАЗЫ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА СОСТАВЛЯЕТ

- А 7-10 дней
- Б 8-10 месяцев
- В 1,5-2 года
- Г **1,5-2 месяца**

43. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ В ОТНОШЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А гиперэхогенная структура
- Б **неровный, нечёткий контур**
- В гиперэхогенное включение с эффектом «хвост кометы»
- Г преобладание ширины над высотой

ПОСЛЕ ПОВТОРНОГО ОСМОТРА ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА ЭОП СЧИТАЕТСЯ НЕАКТИВНОЙ ПРИ СУММЕ БАЛЛОВ ___ И МЕНЕЕ

- А **3**
- Б 4
- В 5
- Г 6

КОСТНЫЙ МИНЕРАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ – ПОКАЗАТЕЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ, ОТРАЖАЮЩИЙ

- А **количество минерализованной ткани при сканировании костей**
- Б стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя МПК у здоровых мужчин и женщин аналогичного возраста
- В стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя от пика костной массы молодых женщин в возрасте 20-29 лет
- Г количество минерализованной костной ткани в сканируемой площади

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ DXA (PDXA) ИЗМЕРЯЕТ МПК ПРЕДПЛЕЧЬЯ, _____ ИЛИ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

- А шейки бедра
- Б поясничных позвонков
- В **пальца**
- Г костей черепа

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА И МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ИССЛЕДУЕТСЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ

- А **белка Бенс-Джонса в моче**
- Б кальция в суточной моче
- В паратгормона в крови
- Г кальция в крови

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А ингибина В
- Б кисс-пептина
- В прогестерона
- Г **на фолликулостимулирующий гормон**

ДЛЯ СИНДРОМА КАЛЛМАНА ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- А адренотропный гормон
- Б тиреотропного гормона
- В соматолиберина
- Г **гонадотропин-рилизинг гормона**

ПРИ НАЛИЧИИ ГИРСУТИЗМА ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДОВАНО ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- А гипергликемии
- Б **гиперкортицизма**
- В гиперпаратиреоза
- Г гиперальдостеронизма

ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СИНТЕЗ

- А ТТГ
- Б паратгормона
- В норадреналина
- Г **глобулина связывающего половые гормоны**

СРЕДИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СЛУЧАЕВ МЕДУЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЯ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 2А СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- А 10
- Б **80**
- В 30
- Г 50

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК КОМПОНЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ

- А болезни Фабри
- Б **синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1**
- В синдрома Кернса–Сейра
- Г синдрома DIDMOAD

СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 РОСТ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ИМЕЕТ ИНВАЗИВНЫЙ ХАРАКТЕР У _____ % ПАЦИЕНТОВ

- А 15
- Б **30**
- В 5
- Г 70

ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А фосфатбиндера
- Б альфакальцидола
- В **бисфосфоната**
- Г кальцитриола

ВАРИАНТОМ ПОЧЕЧНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ С ВЫСОКИМ ОБМЕНОМ КОСТНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ АКТИВАЦИЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ, ПЕРИТРАБЕКУЛЯРНЫМ ФИБРОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А адинамическая костная болезнь
- Б остеомаляция
- В **фиброзный остит**
- Г миеломная болезнь

ПАРИКАЛЬЦИТОЛ У ПАЦИЕНТОВ НА ДИАЛИЗЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А внутримышечно
- Б ректально
- В подкожно
- Г **внутривенно**

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЕ МЕСТО ВВЕДЕНИЯ ОБЫЧНОГО (ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАСТВОРИМОГО) ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ

- А средняя наружная треть плеча
- Б **живот, так как в этом месте всасывание инсулина самое быстрое**
- В бедро, так как это место имеют более медленную скорость всасывания
- Г ягодица, так как это место имеют более медленную скорость всасывания

ИНСУЛИН РАЙЗОДЕГ СОСТОИТ ИЗ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК И ИНСУЛИНА ____ В СООТНОШЕНИИ 70/30

- А актрапид
- Б лизпро
- В **аспарт**
- Г глулизин

ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК/ПЕРЕД ЕДОЙ/НА НОЧЬ/НОЧЬЮ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ _____ ММОЛЬ/Л

- А более 6,1
- Б **менее 5,1**
- В менее 6,5
- Г менее 5,3

ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А прием алкоголя
- Б надпочечниковая недостаточность
- В **несвоевременное назначение или неадекватная коррекция дозы инсулина**
- Г длительная физическая активность

ПРОЦЕССЫ ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗА И КЕТОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИНДУЦИРУЮТСЯ

- А **глюкагоном**
- Б адреналином
- В кортизолом
- Г соматотропным гормоном

ОПТИМАЛЬНОЙ СКОРОСТЬЮ СНИЖЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л/ЧАС)

- А 6-8
- Б **3-4**
- В 4-5
- Г 1-2

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСМОПРЕССИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А **купирование избыточной жажды и полиурии**
- Б снижение осмоляльности мочи
- В снижение осмоляльности крови
- Г повышение относительной плотности мочи

МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОГО ГИПОГОНАДИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А лучевая терапия
- Б заместительная терапия половыми гормонами
- В **терапия агонистами дофамина**
- Г терапия гонадотропинами

ПРИ ПОВЫШЕННОМ УРОВНЕ ПРОЛАКТИНА И ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ

- А **макропролактина**
- Б ТТГ
- В антител к ТПО
- Г иммунореактивного инсулина

МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНОМНОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

- А тотальная гипофизэктомия
- Б **трансфеноидальная аденомэктомия**
- В назначение темозоломида
- Г лучевая терапия

МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАКТИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

- А **назначение агонистов дофамина**
- Б назначение темозоломида
- В первичное хирургическое лечение
- Г тотальная гипофизэктомия

МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРЦИНОИДА ТИМУСА У ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ АДЕНОМУ ГИПОФИЗА И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А лучевая терапия
- Б **хирургическое лечение**
- В медикаментозная терапия
- Г динамическое наблюдение

ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ (ДВУСТОРОННЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ)

- А двусторонняя адrenaлэктомия, в отличие от односторонней, чаще всего улучшает течение АГ
- Б односторонняя адrenaлэктомия, в отличие от двусторонней чаще всего улучшает течение АГ
- В как односторонняя, так и двусторонняя адrenaлэктомия чаще всего улучшает течение АГ
- Г **как односторонняя, так и двусторонняя адrenaлэктомия редко улучшает течение АГ**

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АНТАГОНИСТАМИ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЕЙ ВЫБОРА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПРИ

- А альдостеронпродуцирующей аденоме надпочечника
- Б семейном первичном гиперальдостеронизме 1-го типа
- В односторонней гиперплазии надпочечника
- Г **двусторонней гиперплазии надпочечников**

ФЕНОМЕН КУШИНГА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А низким венозным давлением
- Б гипотензией
- В **артериальной гипертензией**
- Г высоким содержанием белка в ликворе

К МЕДИЦИНСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

- А отсутствие помощи при ходьбе
- Б плохое освещение
- В **дефицит витамина D**
- Г скользкий пол

К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

- А аритмию
- Б **болезнь Паркинсона**
- В плохое питание

Г плохое зрение

К ФАКТОРАМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПАДЕНИЙ, ОТНОСЯТ

- А снижение чувствительности ног
- Б старческий возраст
- В **половики и другие препятствия на полу**
- Г плохое зрение

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО И/ИЛИ ИОНИЗИРОВАННОГО КАЛЬЦИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

- А хронического калькулезного холецистита
- Б атеросклероза брахиоцефальных артерий
- В объемного образования надпочечника
- Г **рецидивирующей мочекаменной болезни**

ПАРАТГОРМОН-НЕЗАВИСИМАЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А некомпенсированном гипотиреозе
- Б **тиреотоксикозе**
- В первичном гиперпаратиреозе
- Г первичном гиперальдостеронизме

У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ НАЛИЧИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ

- А наличии у пациента остеопороза
- Б возрасте пациента более 65 лет
- В **размерах образования более 3 см**
- Г наличии кальцинатов по данным УЗИ

ПОКАЗАТЕЛЬ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ЖЕНЩИН БОЛЕЕ 88 СМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А повышенном развитии мышц брюшного пресса
- Б скоплении газов в кишечнике
- В **избытке висцерального жира**
- Г гиперстеническом типе телосложения

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА ТАЛИИ К ОБЪЕМУ БЕДЕР У МУЖЧИН ____ КАК АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ

- А >0,85
- Б **>0,90**
- В >0,75
- Г >0,80

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А не выдаётся никакой документ
- Б выдаётся справка произвольной формы
- В **формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности**
- Г выдаётся справка установленного образца

ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРЕРЫВИСТОМУ МЕТОДУ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ (СЛОЖНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ПРОЦЕДУРЫ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВЫДАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ _____ НА ДНИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР)

- А консилиума врачей
- Б врача-специалиста
- В главного врача
- Г **врачебной комиссии**

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) ЛИЦАМ, У КОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ТРАВМА НАСТУПИЛИ В ТЕЧЕНИЕ _____ СО ДНЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ

- А **30 дней**
- Б 3 месяцев
- В 2 месяцев
- Г 40 дней

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература:

1. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-8147-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481479.html>
2. Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6751-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467510.html>

Дополнительная литература:

1. Балан, В. Е. Сложные вопросы терапии менопаузальных нарушений / под ред. В. Е. Балан, Я. З. Зайдиевой, В. А. Петрухина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 344 с. - ISBN 978-5-9704-5803-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458037.html>
2. Дедов, И. И. Болезни жировой ткани / под общ. ред. Дедова И. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5367-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453674.html>
3. Древаль, А. В. Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D : руководство для врачей / А. В. Древаль. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-7757-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477571.html>
4. Древаль, А. В. Помповая инсулинотерапия и непрерывное мониторирование гликемии (клиническая практика и перспективы) / под ред. А. В. Древаля. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5443-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454435.html>
5. Древаль, А. В. Репродуктивная эндокринология : руководство для врачей / А. В. Древаль. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-7756-4. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477564.html>
6. Мкртумян, А. М. Неотложная эндокринология : учебное пособие / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-5932-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459324.html>
7. Манухин, И. Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции / И. Б. Манухин, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина. - 5-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-8047-2, DOI: 10.33029/9704-8047-2-GEC-2024-1-304. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480472.html>
8. Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460542.html>

Периодические издания (журналы):

1. Проблемы эндокринологии.
<https://dlib.eastview.com/browse/publication/117546/udb/12/проблемы-эндокринологии>

2. Кардиология <https://dlib.eastview.com/browse/publication/82049/udb/12/кардиология>
3. Клиническая медицина <https://dlib.eastview.com/browse/publication/42247/udb/12/клиническая-медицина>
4. Клиническая фармакология и терапия http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_plus/irbis_webcgi.exe?S21COLORTERMS=0&LNG=&Z21ID=GUEST&I21DBN=PERI_FULLTEXT&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=briefHTML_ft&S21CNR=5&C21COM=S&S21ALL=%3C.%3EI=K377032%3C.%3E&USES21ALL=1
5. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье» <https://www.kursk-vestnik.ru/jour>
6. Вестник новых медицинских технологий. <https://dlib.eastview.com/browse/publication/266646/udb/12/вестник-новых-медицинских-технологий-электронное-издание>
7. Вестник Российской академии медицинских наук. <https://dlib.eastview.com/browse/publication/4630/udb/12/вестник-российской-академии-медицинских-наук>

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных.

1. Электронная библиотечная система "Консультант студента". База данных «Комплект Курского ГМУ». <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 11-й выпуск. – М.; 2023. ISBN 978-5-6048675-4-9 DOI: <https://doi.org/10.14341/DM13042>
3. Клинические рекомендации:
 - <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/290> Сахарный диабет 2 типа у взрослых
 - <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/286> Сахарный диабет 1 типа у взрослых
 - <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/531> Гипотиреоз
 - <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/620> Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода
 - <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/28> Ожирение
4. Цифровой образовательный ресурс IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru/>
5. Электронная библиотечная система «Букап». <https://www.books-up.ru/ru/>
6. Федеральная электронная медицинская библиотека. <https://femb.ru/>
7. Центральная Научная Медицинская Библиотека. <https://rucml.ru/pages/rusmed>
8. Российская государственная библиотека. <https://search.rsl.ru/ru/search>
9. Официальный сайт научной электронной библиотеки КиберЛенинка. <https://cyberleninka.ru/>
10. Министерство здравоохранения Российской Федерации. <https://minzdrav.gov.ru>
11. Рубрикатор клинических рекомендаций. <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
12. Государственный реестр лекарственных средств. <http://grls.rosminzdrav.ru/>
13. VIDAL – справочник лекарственных средств. <https://www.vidal.ru/>
14. Регистр лекарственных средств России (РЛС). <https://www.rlsnet.ru/>
15. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). <https://www.who.int/ru>
16. PubMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
17. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
18. Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books>
19. InTechOpen. <https://www.intechopen.com/>
20. Free Books for Doctors. <http://www.freebooks4doctors.com/>
21. Free Medical Journals. <http://www.freemedicaljournals.com/>
22. DOAB (Directory of open access books). <https://www.doabooks.org/>
23. КонсультантПлюс. URL: https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus
24. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU: <https://elibrary.ru/defaultx.asp>

25. Стандарты первичной медико-санитарной помощи

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi>

26. Стандарты специализированной медицинской помощи

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

27. Стандарты скорой медицинской помощи

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/3-standarty-skoroy-meditsinskoy-pomoschi>

28. Сайт общественной организации «Российская ассоциация врачей-эндокринологов», клинические рекомендации» <https://rae-org.ru/library/recommendations>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

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 письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

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 процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания 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 государственного аттестационного испытания 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 КГМУ.

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

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена 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 даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.