

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Косенок Сергей Михайлович  
Должность: ректор  
Дата подписания: 26.06.2024 10:26:38  
Уникальный программный ключ:  
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**Бюджетное учреждение высшего образования**  
**Ханты-Мансийского автономного округа-Югры**  
**"Сургутский государственный университет"**

**УТВЕРЖДАЮ**  
**Проректор по УМР**

\_\_\_\_\_ Е.В. Коновалова

13 июня 2024 г., протокол УМС №5

**Эндокринология**  
**рабочая программа дисциплины (модуля)**

Закреплена за кафедрой **Детских болезней**  
Учебный план о310817-ДетЭндокрин-24-2.plx  
31.08.17 Детская эндокринология

Форма обучения **очная**  
Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72  
в том числе: Виды контроля в семестрах:  
аудиторные занятия 52 зачеты 1  
самостоятельная работа 20

**Распределение часов дисциплины по семестрам**

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Недель	16 2/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	48	48	48	48
Итого ауд.	52	52	52	52
Контактная работа	52	52	52	52
Сам. работа	20	20	20	20
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

*к.м.н, Доцент, Тепляков А.А*

Рабочая программа дисциплины

**Эндокринология**

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт по направлению высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.17 Детская эндокринология, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 г. № 107;

составлена на основании учебного плана:

Специальность: 31.08.17 Детская эндокринология

утвержденного УМС МИ от 25.04.2024 г. протокол № 6

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 13.06.2024 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Детских болезней**

Протокол от 03.04.2024 г. № 10

Зав. кафедрой к.м.н, доцент, Тепляков А.А

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Формирование квалифицированного специалиста-детского эндокринолога и организатора медицинской помощи детям и подросткам в условиях амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев медицинской службы. В соответствии с требованиями специальности квалифицированный врач-специалист детский эндокринолог должен обладать системой общекультурных и профессиональных компетенций, быть способным и готовым для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях специализированной, в том числе неотложной и высокотехнологичной медицинской помощи.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Клиническая фармакология
2.1.2	Медицина чрезвычайных ситуаций
2.1.3	Эндокринология
2.1.4	Патология
2.1.5	Педагогика
2.1.6	Общественное здоровье и здравоохранение
2.1.7	Социально - психологические основы профессиональной деятельности
2.1.8	Детская эндокринология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Неотложные состояния
2.2.2	Функциональная диагностика в эндокринологии
2.2.3	Эндокринопатии новорожденных
2.2.4	Помповая терапия
2.2.5	Производственная (клиническая ) практика
2.2.6	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
<b>ПК-1 Способен осуществлять диагностику и дифференциальную диагностику детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы</b>
ПК-1.1. Осуществляет проведение клинического обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза и определения функционального статуса.
ПК-1.2. Осуществляет оценку результатов лабораторного и функционального обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза и определения функционального статуса.

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

3.1	<b>Знать:</b>
3.1.1	Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
3.1.2	Принципы социальной гигиены и организации эндокринологической помощи детскому населению;
3.1.3	Вопросы экономики, управления и планирования в эндокринологической службе;
3.1.4	Вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при эндокринной патологии;
3.1.5	Правовые основы деятельности эндокринолога;
3.1.6	Организацию, формы и методы пропаганды медицинских и гигиенических знаний, профилактики заболеваний;
3.1.7	Вопросы психологии профессионального общения, врачебной этики и деонтологии
3.1.8	Этиологию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение острых и хронических инфекционных заболеваний, в том числе СПИД у детей;
3.1.9	Клинику, дифференциальную диагностику, показания к госпитализации и организацию медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых и неотложных состояниях;
3.1.10	Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, массовых поражениях населения и катастрофах;

3.1.11	Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека. Основы радиационной безопасности;
3.1.12	Клинику, диагностику новообразований головного мозга и желез внутренней секреции у детей;
3.1.13	Клинику, диагностику основных генетических синдромов, протекающих с эндокринопатиями;
3.1.14	Эпидемиологию эндокринных болезней;
3.1.15	Физиологию, патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимосвязь с другими органами и системами организма;
3.1.16	Этиологию и патогенез эндокринных болезней, роль генетических и иммунологических факторов в развитии эндокринных заболеваний;
3.1.17	Клинические и доклинические проявления эндокринных заболеваний;
3.1.18	Общие, функциональные и специальные методы исследования в эндокринологии;
3.1.19	Основы рационального питания, принципы диетотерапии больных с эндокринной патологией;
3.1.20	Фармакотерапию эндокринных заболеваний, включая применение гормональных препаратов; выбор оптимального сочетания лекарственных средств, механизм действия, осложнения, возрастные дозировки;
3.1.21	Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению пациентов с эндокринопатиями;
3.1.22	Особенности течения и лечения эндокринных заболеваний в разных возрастных группах;
3.1.23	Профилактику острых и хронических осложнений у пациентов с эндокринной патологией;
3.1.24	Клиническую симптоматику, дифференциальную диагностику и принципы терапии неотложных состояний в эндокринологии;
3.1.25	Показания и противопоказания к хирургическому лечению, принципы пред-, интра- и послеоперационного ведения эндокринных больных;
3.1.26	Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности пациентов с эндокринной патологией, организации и проведения ВТЭ;
3.1.27	Виды, формы, методы, организацию и проведение мероприятий по реабилитации и диспансерному наблюдению за больными с эндокринной патологией;
3.1.28	Организацию и методы обучения больных самоконтролю хронических эндокринных заболеваний.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	–Получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного с эндокринной патологией, выявить общие и специфические признаки эндокринного заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
3.2.2	–Оценить тяжесть состояния больного с эндокринной патологией, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;
3.2.3	–Определить показания к применению специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиологических, иммуноферментных, радиоизотопных, биохимических, функциональных), необходимых для уточнения эндокринной патологии, правильно оценить полученные данные;
3.2.4	–Провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного с эндокринной патологией;
3.2.5	–Назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия с учетом возраста и состояния больного с эндокринной патологией;
3.2.6	–Назначить лечебное питание с учетом общих факторов и характера эндокринного заболевания;
3.2.7	–Применить необходимые реабилитационные мероприятия у больного с эндокринной патологией;
3.2.8	–Получить необходимую информацию по специальности детская эндокринология, используя современные технологии;
3.2.9	–Диагностировать и оказывать необходимую помощь при следующих острых и неотложных состояниях:
3.2.10	- Травматический шок;
3.2.11	- Острая кровопотеря;
3.2.12	- Острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность;
3.2.13	- Сосудистый коллапс;
3.2.14	- Острая интоксикация (пищевая, лекарственная);
3.2.15	- Кома (диабетическая, гипогликемическая, молочнокислая, гиперосмолярная);
3.2.16	- Криз ( тиреотоксический, надпочечниковой недостаточности, гипер- и гипокальциемический, гипотиреоидный);
3.2.17	–Оказывать догоспитальную врачебную помощь при ДТП, массовых поражениях населения и катастрофах;
3.2.18	–Оказывать первую врачебную помощь при ионизирующих излучениях;
3.2.19	–Диагностировать инфекционные болезни (в т. ч. карантинные инфекции), ВИЧ инфекции;
3.2.20	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях:

3.2.21	–Гипоталамо-гипофизарной системы (болезнь Иценко-Кушига, гигантизм и акромегалия, гипоталамо-гипофизарная недостаточность, синдром гиперпролактинемии, несахарный диабет, гипергидропектический синдром);
3.2.22	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях:
3.2.23	надпочечников (гормонально-активные опухоли коры надпочечников, гипокортицизм, ВГКН, феохромоцитома);
3.2.24	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: островкового аппарата поджелудочной железы (сахарный диабет, гиперинсулинизм);
3.2.25	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: щитовидной железы (все нозологические варианты тиреотоксикоза, гипотиреоз, диффузный эндемический зоб, аутоиммунный тиреоидит, воспалительные заболевания щитовидной железы, все нозологические варианты узлового зоба, радиационная патология щитовидной железы);
3.2.26	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: паращитовидных желез (гипер- и гипопаратиреоз);
3.2.27	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при нарушениях жирового обмена;
3.2.28	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: половых желез (все нозологические варианты пороков развития, задержка полового развития и гипогонадизм, преждевременное половое развитие, синдром гиперандрогении);
3.2.29	–Установить диагноз и провести необходимое лечение при полиэндокринных синдромах (множественная эндокринная неоплазия, аутоиммунные полигландулярные синдромы);
3.2.30	–Проводить скрининг осложнений у детей с хроническими эндокринными заболеваниями;
3.2.31	–Проводить профилактику эндокринных заболеваний среди детей;
3.2.32	–Обучить больного с хроническим эндокринным заболеванием и лиц, принимающих участие в уходе за ним основам рациональной диетотерапии, неотложной помощи в экстренных ситуациях, расчету дозы препарата, владению специальными приспособлениями для введения препарата (шприцы-ручки, помпы), рациональному режиму физических нагрузок, методам самоконтроля заболевания.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	<b>Раздел 1.</b>					
1.1	Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста. Соматотропная недостаточность /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3 Л2.8Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	

1.2	<p>Соматотропная недостаточность. Этиопатогенез недостаточности гормона роста. Клинические проявления соматотропной недостаточности. Дифференциальная диагностика. Принципы диагностики соматотропной недостаточности. Современные подходы к лечению. Прогноз и реабилитация больных с соматотропной недостаточностью.</p> <p>Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКТГ. Болезнь Иценко-Кушинга. Определение понятия синдрома Иценко - Кушинга. Классификация синдрома Иценко – Кушинга. Этиология болезни Иценко-Кушинга. Избыточная продукция АКТГ. Нарушение нейротрансмиссивной регуляции секреции АКТГ-РГ. Нарушение чувствительности рецепторов коры надпочечников к АКТГ и гипоталамо-гипофизарных к кортизолу. Патологическая анатомия болезни Иценко-Кушинга. Патогенез клинических симптомов. Клинические проявления заболевания. Критерии оценки степени тяжести болезни Иценко – Кушинга. Диагностика болезни Иценко – Кушинга. Программа дифференциально-диагностического поиска. Лечение. Прогноз. Диспансеризация.</p> <p>Заболевания, обусловленные нарушением секреции АДГ. Несахарный диабет. Этиология несахарного диабета. Патогенез. Патофизиология. Классификация несахарного диабета. Клинические проявления несахарного диабета. Клиническая картина Центрального, нефрогенного несахарного диабета, семейные формы заболевания. Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз несахарного диабета. Лечение синдрома неадекватной секреции АДГ.Терапия при неотложных состояниях, обусловленных гипонатремией. Прогноз и диспансеризация больных с несахарным диабетом.</p> <p>/Пр/</p>	1	12	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	
1.3	<p>Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/</p>	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	
<b>Раздел 2. Ожирение</b>						

2.1	/Лек/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	
2.2	Диагностика различных форм ожирения у детей и подростков. Дифференциальная диагностика различных форм ожирения у детей и подростков. Принципы лечебного питания у детей различного возраста. Возможности медикаментозной коррекции осложненных форм ожирения у детей. Профилактика, реабилитация, терапевтическое обучение больных /Пр/	1	12	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	
2.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	
<b>Раздел 3. Диабетология</b>						
3.1	Эпидемиология сахарного диабета. Этиологическая классификация нарушений гликемии. Патогенез сахарного диабета. Методы диагностики нарушений углеводного обмена. Кетоацидотическая кома (диабетический кетоацидоз). Гиперосмолярная кома. Лактацидотическая (молочнокислая) кома. Гипогликемическая кома /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10Л2.1 Л2.3 Л2.6Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	

3.2	<p>Эпидемиология сахарного диабета. Удельный вес в общей популяции и в структуре общей заболеваемости. Влияние возраста и пола на распространенность. Этиологическая классификация нарушений гликемии. Сахарный диабет типа 1 Сахарный диабет типа 2. Другие специфические типы диабета. Гестационный сахарный диабет. Требования к формулировке диагноза. Патогенез сахарного диабета. Гетерогенность клинических классов сахарного диабета. Методы диагностики нарушений углеводного обмена. Критерии диагностики ВОЗ 1999-2011 гг..Функциональные пробы. Гормональные исследования. Иммунологические исследования. Инструментальные методы. Лечение сахарного диабета 1 типа. Принципы диетотерапии. Понятие о хлебной единице. Рекомендации по физической активности. Принципы инсулинотерапии. Препараты инсулина. Осложнения инсулинотерапии. Терапевтические цели при СД1, индивидуализированные по возрасту. Критерии компенсации сахарного диабета 1 типа, индивидуализированные по возрасту. Мониторинг больных СД 1 типа. Лечение сахарного диабета 2 типа у подростков. Диетотерапия. Принципы расчета калорийности. Распределение суточного калоража. Пероральные сахароснижающие препараты. Инсулинотерапия при сахарном диабете типа 2. Самоконтроль и социальная адаптация больных сахарным диабетом типа 2. Критерии компенсации сахарного диабета типа 2 /Пр/</p>	1	12	ПК-1.1 ПК-1.2	<p>Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10Л2.1 Л2.3 Л2.6Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24</p>	
3.3	<p>Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/</p>	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2	<p>Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10Л2.1 Л2.3 Л2.6Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24</p>	
	<b>Раздел 4. Тиреондология</b>					



4.1	/Лек/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	
-----	-------	---	---	---------------	---	--

4.2	<p>Вопросы классификации заболеваний щитовидной железы. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб)». Этиология, патогенез диффузного токсического зоба. Классификация зоба. Патологическая анатомия. Патогенез клинических симптомов. Клинические проявления заболевания. Глазные симптомы тиротоксикоза. Критерии оценки степени тяжести тиреотоксикоза. Аутоиммунная офтальмопатия. Диагностика диффузного токсического зоба. Программа дифференциально-диагностического поиска. Консервативная терапия. Хирургическое лечение. Лечебное применение П131 .Тиреотоксический криз: этиология, патогенез, клиника, неотложные мероприятия. Токсическая аденома. Многоузловой токсический зоб – 3 ч. Синдром гипотиреоза Этиология, патогенез. Классификация по этиологии и степени тяжести. Патоморфология. Клинические синдромы. Диагностика. Лечение. Диспансеризация. Врожденный гипотиреоз: диагностика, клиника, лечение. Клиника вторичного и третичного гипотиреоза. Гипотиреоидная кома – 2 ч. Эутиреоидный зоб (диффузный и узловой. Йоддефицитные заболевания. Эндемический зоб - определение. Географические зоны распространения (дефицит йода в природе). аспространенность заболевания. Этиологические факторы. Патогенетические механизмы развития.Клиническая картина. Методы оценки дефицита йода. Классификация йод-дефицитных состояний по степени тяжести. Критерии оценки тяжести йодной эндемии. Диагностика: ультразвуковая диагностика П131- диагностика, уровень Тз, Т4, ТТГ, экскреция йода с мочой. Дифференциальная диагностика. Лечение: препараты йода, использование тироидных гормонов, показания к хирургическому лечению. Профилактика /Пр/</p>	1	12	ПК-1.1 ПК-1.2	<p>Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.7 Л2.9Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24</p>	
-----	---	---	----	---------------	---	--

4.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3 Л2.7 Л2.9Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	
4.4	Тестирование, решение ситуационных задач /Зачёт/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7Л2.1 Л2.3 Л2.7 Л2.9Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15 Э16 Э17 Э18 Э19 Э20 Э21 Э22 Э23 Э24	

## 5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

### 5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования


Представлены отдельным документом

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.	Клиническая эндокринология детей и подростков: Учебное пособие: В 2 частях. Часть 1	Москва: ООО "Научно-издательский центр «НФРА-М»", 2020, <a href="http://new.znanium.com/go.php?id=1017345">http://new.znanium.com/go.php?id=1017345</a>	1
Л1.2	Вебер В. Р., Копина М. Н.	Эндокринология: Учебник Для вузов	Москва: Юрайт, 2020, <a href="https://urait.ru/bcode/449129">https://urait.ru/bcode/449129</a>	1
Л1.3	Дедов И.И., Петеркова В.А., Малиевский О.А., Ширяева Т.Ю.	Детская эндокринология: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</a>	2
Л1.4	Вебер В. Р., Копина М. Н.	Эндокринология: Учебник для вузов	Москва: Юрайт, 2022, <a href="https://urait.ru/bcode/490547">https://urait.ru/bcode/490547</a>	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.5	Древаль А. В.	Эндокринология: общие вопросы диагностики болезней, современные знания об эндокринной системе и клиническая практика, клиническая эндокринология	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019	5
Л1.6	Абдулхабирова Ф. М., Андреева Е. Н., Артемова А. М., Дедов И. И., Мельниченко Г. А.	Эндокринология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022	4
Л1.7	Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Ворожцова И.Н., Матвеева М.В., Коваренко М.А., Горбатенко Е.В., Сиволобова Т.В., Подчиненова Д.В., Кошмелева М.В., Филиппова Т.А.	Клиническая эндокринология детей и подростков: в 2 частях Часть 2: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2023, <a href="https://znanium.com/catalog/document?id=416856">https://znanium.com/catalog/document?id=416856</a>	1
Л1.8	Окороков А. Н.	Сахарный диабет 2 типа. Классификация и лечение. : учебно-методическое пособие	Медицинская литература, 2023	0
Л1.9		Сахарный диабет: в 2 ч. Ч.1: Учебно-методическое пособие	Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2018, <a href="https://e.lanbook.com/book/174622">https://e.lanbook.com/book/174622</a>	1
Л1.10		Сахарный диабет: в 2 ч. Ч.2: Учебно-методическое пособие	Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2018, <a href="https://e.lanbook.com/book/174623">https://e.lanbook.com/book/174623</a>	1
<b>6.1.2. Дополнительная литература</b>				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Осадчук Л. В.	Эндокринология поведения: Учебное пособие для вузов	Москва:  здательство Юрайт, 2020, <a href="https://www.biblio-online.ru/bcode/447950">https://www.biblio-online.ru/bcode/447950</a>	1
Л2.2	Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф., Легонькова Т.И.	Физикальное обследование ребенка: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463758.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463758.html</a>	2
Л2.3	Карпенко Л. Ю., Васильева С. В., Бахта А. А., Козицына А. И., Крюкова В. В., Бохан П. Д., Кинаревская К. П., Полистовская П. А.	Клиническая эндокринология: учебное пособие	Санкт-Петербург: СПбГУВМ, 2018, <a href="https://e.lanbook.com/book/121306">https://e.lanbook.com/book/121306</a>	1
Л2.4	Древаль А.В.	Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477571.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477571.html</a>	2
Л2.5	Дедов И.И., Петеркова В.А.	Детская эндокринология. Атлас: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</a>	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.6	под ред. В. А. Петерковой, А. Ю. Майорова.	Сахарный диабет у детей. Что необходимо знать : руководство для детей и их родителей	Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2022	0
Л2.7	И. О. Зайкова, И. В. Вахлова	Эндокринология детей и подростков : Учебно-методическое пособие	уральский государственный медицинский университет , 2022	0
Л2.8	Берестень Н.Ф., Сандриков В.А., Федорова С.И.	Функциональная диагностика : национальное руководство: монография	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466971.html</a>	2
Л2.9	Самойлова Ю. Г., Олейник О. А., Матвеева М. В., Лейман О. П.	Заболевания щитовидной железы у детей и подростков: учебное пособие	Томск: СибГМУ, 2019, <a href="https://e.lanbook.com/book/138711">https://e.lanbook.com/book/138711</a>	1

### 6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Горева Е. А.	Руководство для подготовки к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская педиатрия, эндокринология»: учебное пособие	Челябинск: ЮУГМУ, 2020, <a href="https://e.lanbook.com/book/164370">https://e.lanbook.com/book/164370</a>	1

### 6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	База MEDLINE Национальной медицинской библиотеки США
Э2	Журнал «Педиатрия»
Э3	Журнал «Пульмонология»
Э4	Журнал «Лечащий врач»
Э5	Журнал «Имунопатология, аллергология»
Э6	База данных Национальной академии наук США PNAS
Э7	Monomed Медицинский справочник
Э8	«Consilium medicum»
Э9	База данных PubMedCentral (PMC)
Э10	BMN Электронная библиотека
Э11	BlackwellSynergy
Э12	РУБРИКОН Полная электронная версия энциклопедий
Э13	АРБИКОН Доступ к библиографическим записям
Э14	База данных ВИНТИ по естественным, точным и техническим наукам
Э15	База данных ВНИИЦ научно-исследовательских, опытно-конструкторских работ и диссертаций
Э16	РГБ Электронная библиотека диссертаций
Э17	Электронная библиотека РНБ
Э18	База данных Springer
Э19	Библиотека электронных журналов в г. Регенсбург
Э20	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU
Э21	КиберЛенинка - научная электронная библиотека
Э22	Российская национальная библиотека
Э23	Международная реферативная база данных Web of Science
Э24	Международная база данных Scopus

### 6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft Office
---------	--

### 6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1	"Гарант", "Консультант плюс", "Консультант-регион"
---------	--

## 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	1. Учебные комнаты кафедры детских болезней (на базе Сургутской городской клинической больницы) с оборудованием:
7.2	- проектор,
7.3	- ноутбук,
7.4	- фотоаппарат цифровой,
7.5	- персональные компьютеры.
7.6	2. Педиатрическое отделение №1, №2 (детский корпус Сургутской городской клинической больницы)
7.7	3. Клинические лаборатории и диагностические отделения Сургутской городской клинической больницы
7.8	4. Сургутская клиническая городская поликлиника №1, №2, №5
7.9	5. Симуляционный класс «Педиатрия» оснащён фантомами, муляжами детей разного возраста, симуляторами новорожденного, грудного ребёнка и подростка с компьютерными программами различных неотложных ситуаций
7.10	6. Анатомический зал СурГУ
7.11	7. Электронно-библиотечная система СурГУ и электронная информационно-образовательная среда

## Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

## Эндокринология

Код, направление подготовки	31.08.17 Детская эндокринология
Направленность (профиль)	-
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций

## 1 ЭТАП - текущий контроль.

## Раздел 1. Нейроэндокринология

**Фронтальный опрос: (перечень вопросов).**

1. Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста. Этиопатогенез гиперсекреции СТГ. Клинические проявления акромегалии: неврологические, эндокринологические и вторичные клинические проявления. Дифференциальная диагностика акромегалии. Принципы диагностики. Современные подходы к лечению акромегалии и гигантизма. Прогноз и реабилитация больных с акромегалией и гигантизмом.

Соматотропная недостаточность. Этиопатогенез недостаточности гормона роста. Клинические проявления соматотропной недостаточности. Дифференциальная диагностика. Принципы диагностики соматотропной недостаточности. Современные подходы к лечению. Прогноз и реабилитация больных с соматотропной недостаточностью.

2. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКТГ. **Болезнь Иценко-Кушинга.** Определение понятия синдрома Иценко - Кушинга. Классификация синдрома Иценко – Кушинга. Этиология болезни Иценко-Кушинга. Избыточная продукция АКТГ. Нарушение нейротрансмиттерной регуляции секреции АКТГ-РГ. Нарушение чувствительности рецепторов коры надпочечников к АКТГ и гипоталамо-гипофизарных к кортизолу. Патологическая анатомия болезни Иценко-Кушинга. Патогенез клинических симптомов. Клинические проявления заболевания. Критерии оценки степени тяжести болезни Иценко – Кушинга. Диагностика болезни Иценко – Кушинга. Программа дифференциально-диагностического поиска. Лечение. Прогноз. Диспансеризация

**3. Вторичный гипокортицизм.** Этиология и патогенез вторичного гипокортицизма. Клинические проявления дефицита АКТГ. Дифференциальная диагностика вторичного гипокортицизма. Принципы терапии и прогноз больных с вторичным гипокортицизмом.

**4. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АДГ. Несахарный диабет.** Этиология несахарного диабета. Патогенез. Патофизиология. Классификация несахарного диабета. Клинические проявления несахарного диабета. Клиническая картина Центрального, нефрогенного несахарного диабета, семейные формы заболевания. Лабораторная диагностика и дифференциальный диагноз несахарного диабета. Лечение синдрома неадекватной секреции АДГ. Терапия при неотложных состояниях, обусловленных гипонатриемией. Прогноз и диспансеризация больных с несахарным диабетом.

**5. Синдром Пархона.** Этиология и патогенез гиперсекреции АДГ. Клинические проявления синдрома Пархона. Клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики синдрома Пархона. Лечение и прогноз синдрома неадекватной продукции АДГ.

**6. Синдром гиперпролактинемии.** Биосинтез пролактина. Регуляция секреции: Стимулирующие и угнетающие факторы. Механизмы действия пролактина. Классификация синдрома гиперпролактинемии. Патогенез клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии. Дифференциальная диагностика. Лечение синдрома Гиперпролактинемии: медикаментозное, хирургическое, показания для лучевой терапии. Виды оперативного лечения пролактином, послеоперационные осложнения. Прогноз и диспансеризация больных с гиперпролактинемическим синдромом

**7. Гипоталамический синдром пубертатного периода.** Определение понятия. Частота встречаемости. Этиология. Патогенез гормональных и метаболических нарушений. Патоморфология. Клиника. Диагностика. Дифференциально-

диагностический поиск. Лечение. Профилактика. Прогноз. Диспансеризация и реабилитация

#### **Перечень рефератов:**

1. Экспертиза трудоспособности и реабилитации больного с опухолями гипофиза. Показания для направления на МСЭК больных.
2. Хирургические методы в лечении опухолей гипофиза.
3. Нейроэндокринные опухоли: современные подходы к диагностике и лечению. Консенсус по диагностике и лечению МЭН-1 и МЭН-2.
4. Неэндокринные формы низкорослости. Принципы лечения.
5. Физиология и регуляция гипоталамо-гипофизарной системы: гормон роста, пролактин, ТТГ, АКТГ, ФСГ, ЛГ, вазопрессин.
6. Неэндокринные формы низкорослости. Синдромальная задержка роста при генетических синдромах.

#### **Раздел 2. Ожирение.**

##### **Фронтальный опрос: (перечень вопросов).**

1. Диагностика и дифференциальная диагностика различных форм ожирения у детей и подростков.
2. Принципы лечебного питания у детей различного возраста.
3. Возможности медикаментозной коррекции осложненных форм ожирения у детей.
4. Профилактика, реабилитация, терапевтическое обучение больных.

#### **Перечень рефератов:**

1. Диетотерапия в лечении детей и подростков с ожирением.
2. Ожирение и метаболический синдром. Клиника, современные методы диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз.
3. Дифференциальный диагноз артериальной гипертензии эндокринного генеза
4. Синдром Прадера-Вилли: причины, клинические проявления в различные возрастные периоды, методы диагностики. Современные принципы терапии.
5. Наследственные формы ожирения у детей. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения и реабилитации.
6. Нарушения липидного обмена: причины, классификация, клинические проявления. Современные принципы лечения и реабилитации.

#### **Раздел 3. Диабетология.**

##### **Фронтальный опрос: (перечень вопросов).**

1. **Эпидемиология сахарного диабета.** Удельный вес в общей популяции и в структуре общей заболеваемости. Влияние возраста и пола на распространенность. **Этиологическая классификация нарушений гликемии.** Сахарный диабет типа 1 Сахарный диабет типа 2. Другие специфические типы диабета. Гестационный сахарный диабет. Требования к формулировке диагноза.
2. **Патогенез сахарного диабета.** Гетерогенность клинических классов сахарного диабета. Известные антигены островков и  $\beta$ -клеток. Антитела к антигенам островка поджелудочной железы. Гуморальные факторы иммунного ответа. Патогенетически обусловленные подтипы сахарного диабета типа 1. Стадии развития сахарного диабета типа 1. Патоморфология поджелудочной железы при сахарном диабете типа 1. Факторы развития сахарного диабета 2 типа. . Факторы нарушения секреции инсулина из  $\beta$ -клетки при сахарном диабете типа 2.
3. Факторы нарушения действия инсулина на периферии (инсулинорезистентность). Другие специфические типы сахарного диабета. Болезни экзокринной части поджелудочной железы, сопровождающиеся снижением секреции инсулина. Эндокринопатии. Инфекции. Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с диабетом.
4. **Методы диагностики нарушений углеводного обмена.** Критерии диагностики ВОЗ 1999-2011 гг.. Функциональные пробы. Гормональные исследования. Иммунологические исследования. Инструментальные методы.
5. **Острые осложнения сахарного диабета Кетоацидотическая кома (диабетический кетоацидоз)»** Этиология, патогенез, клиника. Физикальные методы оценки состояния больного. Лабораторные методы оценки состояния больного. Терапия диабетического кетоацидоза. **Гиперосмолярная кома** Клиническая картина. Физикальные методы оценки состояния больного. Лабораторные методы оценки состояния больного. Основные принципы терапии. Дифференциальная диагностика с кетоацидотической, мозговой комами. **Лактаcidотическая (молочнокислая) кома** Этиология и патогенез лактаcidотической комы. Клинические симптомы молочнокислой комы. Лабораторные показатели оценки состояния больного. Лечение и прогноз больных с лактаcidотической комы **Гипогликемическая кома»** Этиология и патогенез Гипогликемической комы. Клинические проявления гипогликемической комы. Диагностика. Лечение. Профилактика и прогноз.
6. **Поздние осложнения сахарного диабета.** Патоморфология микроангиопатий при сахарном диабете. Патогенез микроангиопатий **Диабетическая ретинопатия.** Частота и факторы риска развития диабетической ретинопатии. Классификация диабетической ретинопатии. Патоморфология. Профилактика развития ретинопатии при сахарном диабете. Методы лечения ретинопатии. Прогноз. **Диабетическая нефропатия** Частота развития нефропатии при сахарном диабете. Определение диабетической нефропатии. Факторы риска развития снижения функции почек. Патоморфология диабетической нефропатии: узелковый, диффузный гломерулосклероз и канальцевый нефроз. Методы определения скорости клубочковой фильтрации. Стадии хронической болезни почек: клинко-лабораторная характеристика. Лечение диабетической нефропатии. Методы профилактики диабетической нефропатии. **Диабетическая нейропатия (ДН).** Группы риска развития ДН. Частота развития ДН при сахарном диабете. Патогенез формирования ДН. Патоморфология диабетической нейропатии. Классификация и стадии диабетической нейропатии. Диагностика различных форм ДН. Профилактика. Лечение. Прогноз.
7. **Макроангиопатии.** Факторы риска формирования. Макроангиопатий. Ишемическая болезнь сердца. Острый



коронарный синдром (ОКС). Сердечная недостаточность у детей и взрослых. Диагностика. Лечение. Цереброваскулярные заболевания. Классификация, клинические особенности при СД, диагностика и лечение. Диабетическая макрангиопатия нижних конечностей. Классификация, клинические стадии, диагностика и лечение.

**8. Беременность и сахарный диабет.** Физиология обмена веществ у здоровых беременных. Патогенез диабета беременных. Оптимальные сроки выявления сахарного диабета типов 1 и 2 при беременности. Критерии диагностики гестационного диабета. Течение сахарного диабета при беременности. Осложнения беременности при наличии сахарного диабета. Осложнения в развитии плода: макросомия, гипоксия, развитие диабетической эмбриопатии или фетопатии. Ведение беременных, страдающих сахарным диабетом. Сроки госпитализации. Выбор терапии и критерии компенсации сахарного диабета у беременных. Выбор срока и способа родоразрешения. Ведение беременных с сахарным диабетом до, во время и после родов: коррекция инсулина, профилактика осложнений у плода. Осложнения у плода после родов и причина перинатальной смертности. Контрацепция при сахарном диабете.

**9. Лечение сахарного диабета 1 типа.** Принципы диетотерапии. Понятие о хлебной единице. Рекомендации по физической активности. Принципы инсулинотерапии. Препараты инсулина. Терапевтические цели при СД1, индивидуализированные по возрасту. Мониторинг больных.

**10. Лечение сахарного диабета 2 типа у подростков.** Диетотерапия. Принципы расчета калорийности. Распределение суточного калоража. Пероральные сахароснижающие препараты. Инсулинотерапия при сахарном диабете типа 2. Самоконтроль и социальная адаптация больных сахарным диабетом типа 2. Критерии компенсации сахарного диабета типа 2.

**11. Обучение больных сахарным диабетом при СД 1 типа и при СД 2 типа.**

**12. Сахарный диабет и хирургическая патология.** Тактика сахароснижающей терапии при хирургических вмешательствах. Предоперационная подготовка. Предпочтительные препараты анестезии и средства наркоза. Инфузионная терапия в ходе операции. Критерии отмены дробной инсулинотерапии, инсулинотерапия в послеоперационном периоде.

**13. Экспертиза трудоспособности и реабилитации больных сахарным диабетом.** Показания для направления на МСЭК. Показания для предоставления «листа нетрудоспособности». Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

#### **Перечень рефератов:**

1. Школа для детей с сахарным диабетом 1 типа.

**Занятие №1.** «Что такое диабет? Механизмы регуляции глюкозы. Уровень глюкозы в крови в норме и при нарушениях углеводного обмена. Понятие о СД 1 типа»

2. Школа для детей с сахарным диабетом 1 типа.

**Занятие**

**№2** «Диетотерапия СД 1 типа»

3. Школа для детей с сахарным диабетом 1 типа.

**Занятие №3** «Инсулинотерапия: виды инсулинов, режимы введения, техника инъекций, правила хранения инсулинов»

4. Школа для детей с сахарным диабетом 1 типа.

**Занятие №4** «Хронические осложнения СД 1 типа, ранняя диагностика. Самоконтроль диабета, его значение в профилактике осложнений заболевания»

5. Школа для детей с сахарным диабетом 1 типа.

**Занятие №5** «Неотложные состояния при СД: кетоацидоз, гипогликемия. Причины, клинические проявления, неотложная помощь»

6. Школа для детей с сахарным диабетом 1 типа.

**Занятие №6** «Физические нагрузки и спорт, школа»

#### **Раздел 4. Тиреоидология.**

##### **Фронтальный опрос: (перечень вопросов).**

1. Вопросы классификации заболеваний щитовидной железы) Классификация в зависимости от размеров зоба. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб)». Этиология, патогенез диффузного токсического зоба. Классификация зоба. Патологическая анатомия. Критерии оценки степени тяжести тиреотоксикоза. Диагностика диффузного токсического зоба. Программа дифференциально-диагностического поиска. Консервативная терапия. Хирургическое лечение. Лечебное применение  $I^{131}$  Тиреотоксический криз: этиология, патогенез, клиника, неотложные мероприятия. Токсическая аденома.

**2. Аутоиммунная офтальмопатия** Эпидемиология, этиология, патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика, лечение.

**Синдром гипотиреоза** Этиология, патогенез. Классификация по этиологии и степени тяжести. Патоморфология. Клинические синдромы. Диагностика. Лечение. Диспансеризация. Врожденный гипотиреоз: диагностика, клиника, лечение. Клиника вторичного и третичного гипотиреоза. Гипотиреоидная кома.

**3. Эутиреоидный зоб (диффузный и узловой. Йоддефицитные заболевания.** Эндемический зоб - определение. Географические зоны распространения (дефицит йода в природе). распространенность заболевания. Этиологические факторы. Методы оценки дефицита йода. Классификация йод-дефицитных состояний по степени тяжести. Критерии оценки тяжести йодной эндемии. Диагностика: ультразвуковая диагностика  $I^{131}$ -диагностика, уровень Тз, Т4, ТТГ, экскреция йода с мочой. Лечение. Профилактика.

**4. Тиреоидиты. Острый гнойный тиреоидит.** Частота возникновения. Этиология (бактериальная инфекция). Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения. **Подострый тиреоидит.** Частота возникновения (возрастные и половые различия). Этиология. Генетическая предрасположенность. Патогенетические механизмы возникновения. Роль аутоиммунных нарушений. Клинические проявления. Диагностика. Тактика лечения.

**5. Аутоиммунный тиреоидит.** Половые и возрастные особенности возникновения. Патогенетические механизмы развития. Генетическая предрасположенность (HLA-DR5, HLA-DR3). Роль антител к тироглобулину и микросомальной

фракции. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение при различных функциональных состояниях щитовидной железы: показания к назначению тиростатиков, показания к назначению  $\beta$ -блокаторов, иммунокорректирующая терапия, тиреоидные препараты и т.д. Показания к хирургическому лечению. Прогноз. Диспансеризация.

**6. Опухоли щитовидной железы». Рак щитовидной железы. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Гистологическая классификация. Международная классификация стадий злокачественных опухолей (TNM). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение: хирургическое, лечение радиоактивным йодом (показания), лучевая терапия (показания), химиотерапия, лечение препаратами тиреоидных гормонов. Прогноз.**

#### **Перечень рефератов:**

1. Аутоиммунная офтальмопатия. Определение, патогенез, методы диагностики, принципы лечения.
2. Медуллярный рак. Тактика ведения пациентов.
3. Дифференциальный диагноз различных форм раков щитовидной железы. Лечение

**Вывод: В результате проведения фронтального опроса, реферативных сообщений сформированы части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2.**

#### **ЗАЧЕТ (1 семестр)**

##### **Тестовые задания.**

*Укажите один правильный ответ*

1. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИП 1 НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К В-КЛЕТКАМ
  - 1) характерно
  - 2) не характерно
2. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ
  - 1) имеется
  - 2) не имеется
3. ОБНАРУЖЕНИЕ ТАКИХ АНТИГЕНОВ СИСТЕМЫ HLA, КАК В-15 И В-8 ГЕНЕТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 2
  - 1) является
  - 2) не является
4. У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОЦЕСС ДЕПОНИРОВАНИЯ ГЛИКОГЕНА В ПЕЧЕНИ
  - 1) повышается
  - 2) не изменяется
  - 3) снижается
5. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИП 1 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
  - 1) с несхарным диабетом
  - 2) с рахитом
  - 3) с диффузными болезнями соединительной ткани
6. ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРОЛОНГИРОВАННЫМИ ИНСУЛИНАМИ ДЕЙСТВУЕТ
  - 1) быстрее и более продолжительно
  - 2) быстрее и менее продолжительно
  - 3) медленнее и более продолжительно
  - 4) медленнее и менее продолжительно
7. ПРОСТОЙ ИНСУЛИН НАЧИНАЕТ ДЕЙСТВОВАТЬ
  - 1) через 1 час
  - 2) через 2,5 часа
  - 3) через 30 минут
8. ПРИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ
  - 1) 5 ммоль/л
  - 2) 10 ммоль/л
  - 3) 20 ммоль/л
9. ПРИВИВКИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОВОДЯТ
  - 1) через 2 мес компенсации
  - 2) при достижении компенсации
  - 3) через 6 мес компенсации

- 4) по эпидемиологическим показаниям
10. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 2 ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ
- 1) быстрое развитие всех симптомов, похудание при повышенном аппетите, лабильное течение
  - 2) медленное развитие симптомов, ожирение, начало в старшем возрасте, стабильное течение
  - 3) быстрая прибавка веса, стрии, повышение артериального давления
11. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИП 1 ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
- 1) актрапид, хоморал, хумулин Р
  - 2) гуарем, глюренорм
  - 3) но-шпа, папаверин
  - 4) кортинеф
12. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО, ВОЗБУДИМОСТЬ, ОГЛУШЕННОСТЬ, ТАХИКАРДИЯ, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ДЛЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ
- 1) характерны
  - 2) не характерны
13. УРОВНЕМ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА НЬ А1С, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) 20%
  - 2) 10%
  - 3) 30%
14. ПОВТОРНЫЙ СТАНДАРТНЫЙ ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ БОЛЬНЫМ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ ПРОВОДЯТ
- 1) через 1 неделю
  - 2) через 6 месяцев
  - 3) через 1 месяц
15. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ      УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 8 ммоль/л
  - 2) 8-11 ммоль/л
  - 3) 11 ммоль/л
- Укажите все правильные ответы**
16. ОСЛОЖНЕНИЯМИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЮЩИМИСЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИП 1, ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) глаукома
  - 2) нефропатия
  - 3) катаракта
  - 4) нейропатия
  - 5) макроангиопатия
  - 6) остеохондроз
17. РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 1 ПРОВОЦИРУЮТ
- 1) корь
  - 2) краснуха
  - 3) ветряная оспа
  - 4) полиомиелит
  - 5) брюшной тиф
  - 6) эпидемический паротит
  - 7) цитомегаловирусная инфекция
  - 8) стресс
18. ГЛЮКОЗУРИЯ ХАРАКТЕРНА
- 1) для сахарного диабета
  - 2) для несахарного диабета
  - 3) для почечного диабета
  - 4) для пиелонефрита
  - 5) для мочекаменной болезни

**Укажите один правильный ответ**

19. ДИФFUЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ  
1) является  
2) не является
20. ЗАПОРЫ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ  
1) характерны  
2) не характерны
21. ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ  
1) замедляется  
2) не изменяется  
3) ускоряется
22. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ  
1) повышается  
2) не изменяется  
3) снижается
23. ДЕФЕКТ ФЕРМЕНТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В СИНТЕЗЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА  
1) является  
2) не является
24. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА, НЕЙРОИНФЕКЦИЯ, ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПОТИРЕОЗА  
1) первичного  
2) вторичного
25. ДЕТАМ С ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
1) показано  
2) не показано
26. ТЕРАПИЯ ТИРЕОИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ  
1) верно  
2) неверно
27. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТТГ (ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН) В КРОВИ  
1) повышен  
2) не изменен  
3) снижен

**Укажите все правильные ответы**

28. ДЛЯ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ  
1) бледные, сухие, с желтушным прокрашиванием кожные покровы  
2) влажные кожные покровы  
3) экзофтальм  
4) запоры  
5) тахикардия  
6) брадикардия  
7) снижение аппетита  
8) повышение аппетита
29. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ  
1) повышение уровня ТТГ (тиреотропный гормон)  
2) снижение уровня ТТГ  
3) повышение уровня Т<sub>3</sub> (трийодтиронин)  
4) снижение уровня Т<sub>3</sub>  
5) повышение уровня Т<sub>4</sub> (тироксин)  
6) снижение уровня Т<sub>4</sub>
30. ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОДЛЕЖАТ ДЕТА С ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И  
1) увеличением щитовидной железы I-II степени  
2) увеличением щитовидной железы IV степени

- 3) тяжелым течением болезни
- 4) сопутствующими соматическими заболеваниями
- 5) тахикардией более 140 в минуту
- 6) отсутствием эффекта от консервативной терапии

31. МЕРКАЗОЛИЛ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

- 1) кожную сыпь
- 2) зобогенный эффект
- 3) деменцию
- 4) алопецию
- 5) лейкопению
- 6) тромбоцитопению
- 7) агранулоцитоз

32. К РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА МОГУТ ПРИВЕСТИ

- 1) травма головного мозга
- 2) нейроинфекция
- 3) дефект ферментов, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов
- 4) аплазия щитовидной железы
- 5) диэнцефальный синдром
- 6) лечение мерказолилом
- 7) травма щитовидной железы

33. У БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ В ОБЩИХ АНАЛИЗАХ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) лейкоцитоз
- 2) лейкопения
- 3) лимфоцитоз
- 4) лимфопения
- 5) анемия
- 6) увеличение СОЭ

34. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- 1) мерказолил
- 2) тиреоидин
- 3) тироксин
- 4) обзидан
- 5) тиреотропный гормон
- 6) ноотропные препараты

35. ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) физическое развитие
- 2) уровень холестерина в крови
- 3) уровень глюкозы в крови
- 4) уровень ТТГ в крови
- 5) половое развитие
- 6) костный возраст

*Укажите один правильный ответ*

36. ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наследственная ферментопатия
- 2) родовая травма с поражением передней доли гипофиза

37. ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ РЕАБСОРБЦИЯ НАТРИЯ И ХЛОРА В ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦАХ

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается

38. СОЛЬТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОБУСЛОВЛЕНА БЛОКОМ ФЕРМЕНТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ

- 1) полным
- 2) неполным

39. НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 11-дезоксикортикостерон
- 2) альдостерон
- 3) кортикостерон

40. ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСЛЕДУЕТСЯ ПО ТИПУ
- 1) аутосомно-рецессивному
  - 2) аутосомно-доминантному
  - 3) сцепленному с X-хромосомой
  - 4) сцепленному с Y-хромосомой
41. ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО
- 1) запоры
  - 2) позднее отхождение мекония
  - 3) жидкий стул
42. У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТМЕЧАЕТСЯ
- 1) ускорение костного возраста по отношению к паспортному
  - 2) отставание костного возраста по отношению к паспортному
  - 3) неравномерная оссификация
  - 4) эпифизарный дисгенез
  - 5) соответствие костного возраста паспортному
43. ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО
- 1) гипонатриемия и гиперкалиемия
  - 2) гипернатриемия и гипокалиемия
  - 3) гипонатриемия и гиперхлоремия
  - 4) гиперкалиемия и гиперхлоремия
  - 5) гиперхлоремия и снижение щелочных резервов крови
44. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕОБХОДИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
- 1) 17-ОН-Р (17-оксипрогестерона) в крови
  - 2) 17-ОН-Р (17-оксипрогестерона) в крови и 17-КС в моче
  - 3) 17-КС и 11-ОКС в моче
  - 4) тестостерона и кортизола в крови
- Укажите все правильные ответы**
45. ПРИ ДЕФИЦИТЕ 11-ГИДРОКСИЛАЗЫ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
- 1) гипернатриемии
  - 2) повышения уровня ДОКС
  - 3) повышения уровня альдостерона
  - 4) повышения уровня андрогенов
  - 5) нарушения центральной регуляции
  - 6) нарушения в системе ренин-ангиотензин
46. ДЛЯ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) гермофродитное строение гениталий
  - 2) анемия
  - 3) гиперпигментация кожных складок, белой линии живота, ареол
  - 4) отеки
  - 5) артериальная гипертензия
  - 6) анорексия
47. ДЛЯ ПРОСТОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) гермофродитное строение гениталий
  - 2) анемия
  - 3) гиперпигментация кожных складок, белой линии живота, ареол
  - 4) запоры
  - 5) анорексия
  - 6) отеки
48. ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) гермафродитное строение гениталий

- 2) запоры
- 3) сухость кожных покровов
- 4) рвота после еды
- 5) жидкий стул
- 6) упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи
- 7) гиперпигментация кожи половых органов, ареол, белой линии живота

**Укажите один правильный ответ**

49. ПРИ СНИЖЕНИИ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА В КРОВИ СЕКРЕЦИЯ АКТГ В ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕ ГИПОФИЗА
- 1) снижается
  - 2) повышается
  - 3) остается без изменений

50. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) снижение продукции глюкокортикоидов
- 2) повышение продукции глюкокортикоидов
- 3) снижение продукции минералокортикоидов
- 4) повышение продукции минералокортикоидов
- 5) снижение продукции адреналина и норадреналина
- 6) повышение продукции адреналина и норадреналина

**Укажите все правильные ответы**

51. В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- 1) преднизолон
- 2) гидрокортизон
- 3) хлодитан
- 4) верошпирон
- 5) инсулин
- 6) ДОКСА
- 7) андрокур

**Укажите один правильный ответ**

52. ДОЗА ГИДРОКОРТИЗОНА, ВВОДИМОГО ВНУТРИВЕННО КАПЕЛЬНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 25 мг/кг/час
- 2) 50 мг/кг/час
- 3) 100 мг/кг/час

**Укажите все правильные ответы**

53. ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ИЗ СОСТОЯНИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТРЕБУЕТСЯ

- 1) гидрокортизон ацетат внутримышечно
- 2) гипертонический раствор NaCl внутривенно капельно
- 3) изотонический раствор NaCl внутривенно капельно
- 4) гидрокортизон гемисукцинат внутривенно капельно
- 5) ДОКА внутримышечно
- 6) 5% раствор глюкозы внутривенно капельно
- 7) ДОКА внутривенно капельно

54. ОСНОВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипертонус мышц
- 2) вялость
- 3) гиперемия кожных покровов
- 4) бледность
- 5) цианоз
- 6) одышка
- 7) судороги

**Укажите один правильный ответ**

55. К РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕН КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ТИП

- 1) гиперстенический
- 2) астенический
- 3) нормостенический

56. НАСТУПЛЕНИЕ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК ПРИ ОЖИРЕНИИ I И II СТЕПЕНИ

- 1) раннее
- 2) позднее
- 3) без изменений

57. ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ ОЖИРЕНИИ СТРИИ НА КОЖЕ

- 1) характерны
- 2) не характерны

58. НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ II СТЕПЕНИ

- 1) характерно
- 2) не характерно

59. У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОЖИРЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- 1) Мориака
- 2) Нобекура

60. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ИЦЕНКО - КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) опухоль надпочечников
- 2) нарушение регуляции секреции АКТГ
- 3) гипоплазия надпочечников
- 4) опухоль аденогипофиза

61. ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО - КУШИНГА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипокалиемия и гипонатриемия
- 2) гипокалиемия и гипернатриемия
- 3) гиперкалиемия и гипернатриемия
- 4) гиперкалиемия и гипонатриемия

62. ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АДИПОЦИТАХ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гиперплазия
- 2) дистрофия
- 3) гипертрофия
- 4) атрофия

63. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО - КУШИНГА УРОВЕНЬ АКТГ

- 1) повышается
- 2) не изменяется
- 3) снижается

64. УРОВЕНЬ 17-КС В МОЧЕ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО - КУШИНГА

- 1) повышен
- 2) понижен
- 3) без изменений

65. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО - КУШИНГА УРОВЕНЬ АКТГ В ПЛАЗМЕ КРОВЕ

- 1) повышается
- 2) понижается
- 3) не изменяется

**Укажите все правильные ответы**

66. ПРЕПАРАТАМИ, СНИЖАЮЩИМИ СЕКРЕЦИЮ АКТГ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) перитол
- 2) коринфар
- 3) преднизолон
- 4) парлодел
- 5) гидрокортизон
- 6) энцефабол

67. В ЛЕЧЕНИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОЙ ФОРМЫ ОЖИРЕНИЯ I-II СТЕПЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) анорексигенные препараты
- 2) диетотерапия
- 3) "рассасывающая" терапия
- 4) лечебная физкультура



- 5) половые гормоны
- 6) санация очагов хронической инфекции

**Укажите один правильный ответ**

68. ДЛЯ I СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНАЯ ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 10-20%
  - 2) 10-29%
  - 3) 21-39%
69. ДЛЯ III СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНАЯ ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 40-50%
  - 2) 50-100%
  - 3) свыше 100%
70. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО - КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) консервативная терапия
  - 2) хирургическое лечение
  - 3) лучевая терапия

**Укажите все правильные ответы**

71. ДЛЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНЫ
- 1) перераспределение подкожно-жировой клетчатки
  - 2) равномерное распределение подкожно-жировой клетчатки
  - 3) гипертрихоз
  - 4) стрии тонкие и розовые
  - 5) замедление костного возраста

**Укажите один правильный ответ**

72. СЕКРЕЦИЯ ГОНАДОТРОПИНОВ                      ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ГОНАД
- 1) снижена
  - 2) повышена
73. ПРИ ГОНАДЭКТОМИИ ОБРАТНОЕ РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ
- 1) отмечается
  - 2) не отмечается
74. ДЛЯ ГИПОГОНАДИЗМА ИЗБЫТОЧНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ
- 1) не свойственно
  - 2) свойственно
75. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ В СЛУЧАЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА В КРОВИ
- 1) повышается
  - 2) понижается
  - 3) остается без изменений
76. ДЛЯ ПЕРВИЧНЫХ ФОРМ ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНО
- 1) высокий уровень гонадотропных гормонов  
и низкий уровень половых гормонов
  - 2) низкий уровень половых гормонов  
и низкий уровень гонадотропных гормонов
  - 3) низкий уровень гонадотропинов  
и резко положительная проба с хорионическим гонадотропином
77. О НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОТСТАВАНИЕ ПОЯВЛЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ СТАРШЕ
- 1) 11 лет
  - 2) 13,5 лет
  - 3) 15 лет

**Укажите все правильные ответы**

78. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА                      (ПЕРВИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА) МОГУТ БЫТЬ
- 1) ветряная оспа
  - 2) эпидермический паротит
  - 3) краснуха
  - 4) корь

- 5) грипп
- 6) туберкулез
- 7) скарлатина

79. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПРИ ГИПОГОНАДИЗМЕ

- 1) влажные
- 2) сухие
- 3) бледные
- 4) истонченные
- 5) морщинистые
- 6) гиперемизированные

80. ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) низкий уровень тестостерона в крови
- 2) отсутствие ответа на пробу с хорионическим гонадотропином
- 3) повышение продукции ЛГ (лютеинизирующего гормона) и ФСГ (фолликулостимулирующего гормона) во время сна
- 4) отрицательная проба со стимуляцией кломифеном секреции ЛГ и ФСГ
- 5) положительная проба со стимуляцией кломифеном секреции ЛГ и ФСГ

*Укажите один правильный ответ*

81. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ

- 1) соответствует паспортному возрасту
- 2) опережает паспортный возраст
- 3) отстает от паспортного возраста

*Укажите все правильные ответы*

82. ДЛЯ ИСТИННОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) ускорение костного возраста
- 2) резкое повышение уровней ЛГ (лютеинизирующего гормона) и ФСГ (фолликулостимулирующего гормона) в крови
- 3) пубертатные значения уровней ЛГ и ФСГ в крови
- 4) гиперплазия одного или двух надпочечников
- 5) повышение уровня 17-оксипрогестерона в крови
- 6) изменение набора половых хромосом по типу 46 XX/XO

*Укажите один правильный ответ*

83. РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ИСТИННОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ ПРОТЕКАЕТ

- 1) по изосексуальному типу
- 2) по гетеросексуальному типу

84. О ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ДЕВОЧЕК МОЛОЖЕ

- 1) 7 лет
- 2) 9 лет
- 3) 11 лет
- 4) 13 лет

85. ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ТЕЛАРХЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) ускорение костного возраста более, чем на 2 года
- 2) изолированное увеличение молочных желез
- 3) вторичное оволосение аксилярной и лобковой областей
- 4) увеличение размеров яичников и матки по данным УЗИ

86. ПРИ НАСТУПЛЕНИИ ПЕРИОДА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ СНАЧАЛА ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) увеличение полового члена в длину
- 2) пигментация кожи мошонки
- 3) увеличение яичек
- 4) появление начального оволосения на лобке и в аксилярной области
- 5) мутация голоса

87. ГОРМОН РОСТА (СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН) ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

- 1) в нейрогипофизе
- 2) в аденогипофизе

88. ГОРМОН РОСТА ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

- 1) инсулиноподобное
- 2) контринсулярное
- 3) двухфазное

89. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАЧИНАЮТ ЗАМЕЧАТЬ ЗАДЕРЖКУ РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ

- 1) при рождении
- 2) на первом году жизни
- 3) в возрасте 2-4 года
- 4) в пубертате

**Укажите все правильные ответы**

90. ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ ЛИЦА ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) антимонголоидный разрез глаз
- 2) гипертелоризм глаз
- 3) микрогнатия
- 4) "кукольное" лицо

**Укажите один правильный ответ**

91. У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ СКЛОННОСТЬ К ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ

- 1) имеется
- 2) не имеется

92. ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ С НЕСКОЛЬКО ИЗБЫТОЧНЫМ ЕЕ ОТЛОЖЕНИЕМ НА ГРУДИ И ЖИВОТЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ

- 1) характерно
- 2) не характерно

93. У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ В ТЕЧЕНИЕ 20 мин УРОВЕНЬ ГОРМОНА РОСТА

- 1) повышается
- 2) понижается
- 3) остается без изменений

94. ПРИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ОТСТАВАНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА

- 1) имеется
- 2) не имеется

**Укажите все правильные ответы**

95. ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНОМ НАНИЗМЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- 1) хуматроп
- 2) генотропин
- 3) L-Допа
- 4) парлодел
- 5) соматостатин

96. ДЛЯ АКРОМЕГАЛИИ ДИСПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ РОСТА

- 1) характерна
- 2) не характерна

97. ИЗБЫТОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ ГОРМОНА РОСТА ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ МАКРОСОМИИ

- 1) может
- 2) не может

98. ПРИ ГИГАНТИЗМЕ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ ПО СРАВНЕНИЮ С ПАСПОРТНЫМ

- 1) ускоряется
- 2) замедляется
- 3) не изменяется

99. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ СТГ В КРОВИ ПОСЛЕ НАГРУЗКИ L-ДОПА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНОМ НАНИЗМЕ ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ

- 1) до 2,0 нг/л
- 2) 7,0 нг/л

- 3) 10, нг/л
- 4) 70,0 нг/л

**Укажите один правильный ответ**

100. БОЛЬНЫЕ С ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ ПОЛУЧАЮТ ИНЪЕКЦИИ ГОРМОНА РОСТА

- 1) 1 раз в день перед сном
- 2) через день
- 3) 1 раз в неделю
- 4) 2 раза в неделю

**Эталоны ответов**

1	- 1	26	- 1	51	- 1,2,3	76	- 1
2	- 1	27	- 1	52	- 1	77	- 2
3	- 2	28	- 2,3,5,8	53	- 1,3,4,5,6	78	- 2,3,6
4	- 3	29	- 2,3,5	54	- 2,4,5,6	79	- 2,4,5
5	- 1	30	- 2,3,6	55	- 1	80	- 1,3,5
6	- 1	31	- 2,5,7	56	- 3	81	- 2
7	- 2	32	- 3,4,6,7	7	- 1	82	- 1,3
8	- 3	33	- 2,3,5	58	- 1	83	- 1
9	- 3	34	- 2,3,6	59	- 1	84	- 2
10	- 2	35	- 1,2,4,5,6	60	- 1	85	- 2
11	- 1	36	- 1	61	- 2	86	- 3
12	- 2	37	- 2	62	- 1	87	- 2
13	- 2	38	- 1	63	- 3	88	- 2
14	- 2	39	- 2	64	- 1	89	- 3
15	- 2	40	- 1	65	- 1	90	- 2,4
16	- 2,3,4	41	- 3	66	- 1,4	91	- 1
17	1,2,3,6,7,8	42	- 1	67	- 2,4,6	92	- 1
18	- 1,3	43	- 1	68	- 2	93	- 3
19	- 1	44	- 2	69	- 2	94	- 1
20	- 1	45	- 1,2	70	- 1	95	- 1,2
21	- 1	46	- 1,3,5	71	- 2,4	96	- 25
22	- 1	47	- 1,3	72	- 2	97	- 1
23	- 1	48	- 1,3,5,6,7	73	- 1	98	- 1
24	- 2	49	- 2	74	- 2	99	- 1
25	- 2	50	- 1	75	- 3	100	- 1

**Рекомендации по оцениванию результатов тестирования**

*Критерии оценки результатов тестирования*

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

**Ситуационные задачи.**

**ЗАДАЧА 1.**

Мальчик 3 лет с жалобами на ускоренный рост и появление полового оволосения. От I нормальной беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 52 см. Послеродовой период и раннее развитие нормальные. С 2 лет стал быстро расти, опережая в росте своих сверстников. Тогда же появилось оволосение в подмышечных впадинах и на лобке. При осмотре — физическое развитие соответствует 5 годам. Оволосение на лобке и подмышечных впадинах. Наружные половые органы сформированы правильно, половой член длиной 5 см с хорошо развитыми кавернозными телами, эрегирует при осмотре. Яички в мошонке, их объём — по 1 мл.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Основные клинические признаки, характерные для этого диагноза.
3. Необходимый объем обследования для подтверждения диагноза.
4. Препараты для лечения этого заболевания.

## ЗАДАЧА 2.

Мужчина 20 лет доставлен в приемный покой с клиническими симптомами «острого живота». Известно, что в течение 2 недель после ОРВИ нарастала слабость, появилась жажда, учащенное и обильное мочеиспускание, потеря веса. За день до поступления появилась головная боль, повторная рвота, боли в животе. Клинически – сухость кожи, нарушение периферической микроциркуляции, положительные симптомы натяжения брюшины, температура – 37,8.

Вопросы:

1. Дифференциально-диагностический ряд, наиболее вероятный диагноз?
2. Какие тесты необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Критерии постановки диагноза.
4. Объем терапии.
5. Мониторинг лабораторных показателей

## ЗАДАЧА 3.

У юноши 18 лет (кариотип 46 ХУ) с дефицитом массы тела отсутствуют характерные для данного возраста признаки полового созревания. Телосложение правильное, андроидное. Рост – 149 см. Костный возраст на 11 лет. Половая формула: Р1, Ах1, объем тестикул – 3 мл. В анамнезе – ЗВУР, частые ОРВИ. Темпы роста за последние 2-3 года – от 5 до 7 см в год.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Уточняющие тесты.
3. Ваша тактика.

## Задача 4.

Алеша М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов, родился с массой 4000 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость,

*анализ крови:* НЬ - 135 г/л, Эр -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $8,5 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы: п/я - 4%, с/я - 50%; э - 1%, л - 35%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

*Общий реакция* - кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон - +++.

*Биохимический анализ крови:* глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 5,0 ммоль/л.

*КОС:* рН - 7,1; рО<sub>2</sub> - 92 мм рт.ст.; рСО<sub>2</sub> - 33,9 мм рт.ст.

### Задание

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что привело к развитию данного состояния?
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
5. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?
6. Как проводится инфузионная терапия у детей с данной патологией?
7. Какие лабораторные исследования необходимо проводить каждый час при проведении инфузионной терапии?
8. Какие осложнения могут возникнуть в процессе инфузионной терапии?
9. Продолжительность инфузионной терапии?
10. Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?

## Эталонные ответы

### К задаче 1.

1. Вирильная форма врожденной дисфункции коры надпочечников.
2. Опережение физического развития, появление вторичных половых признаков до 9 лет, небольшой объем яичек.
3. Кровь на гормоны (17-ОН-ПГ, кортизол, тестостерон, ЛГ, ФСГ), рентгенография кистей (костный возраст), проба с дексаметазоном.
4. Преднизолон, Дексаметазон, Корттеф.

### К задаче 2.

1. Острый аппендицит, перитонит. Диабетический кетоацидоз.
2. Сахар крови, биохимия крови, кислотно-основное состояние крови, моча на кетоны.
3. рН < 7,35, ВЕ < - 4 ммоль/л, гликемия > 11,1 ммоль/л, положительный ацетон в моче.
4. Инсулин короткого действия внутривенно через дозатор лекарственных веществ со скоростью 0,1 ЕД/кг/час, инфузионная терапия в объеме 2000 мл глюкозо-солевых растворов с добавлением препаратов калия.
5. Контроль сахара капиллярной крови 1 раз в 2-3 часа, КОС – 1 раз в 6 часов, биохимия – 2 раза в сутки.

**К задаче 3.**

1. Задержка физического и полового развития. Синдром позднего пубертата.
2. ИФА крови (ТТГ, сТ4, ПРЛ, ЛГ, ФСГ, тестостерон). Проба с ЛГ-рилизингом. УЗИ яичек.
3. Малые дозы препаратов тестостерона для инициации пубертата.

**К задаче 4.**

1. Сахарный диабет. Кетоацидотическая кома;
2. Частые ОРВИ;
3. Гипергликемия, снижение КОС;
4. Инсулинотерапия;

**Вывод: В результате выполнение данных заданий: решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2.**

**Рекомендации по оцениванию результатов решения задач**

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искавшие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

**Вывод: В результате выполнение данных заданий: решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2.**

**Форма оценочного материала для диагностического тестирования.**

**Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:**

*Название дисциплины – Эндокринология  
Семестр 1*

Код, направление подготовки

31.08.17 Детская эндокринология

Направленность (профиль)	Детская эндокринология
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	1. Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана (укажите все правильные ответы):	а) Введением неадекватно большой дозы инсулина б) Приемом алкоголя в) Приемом препаратов сульфонилмочевины г) Приемом бигуанидов	<b>низкий</b>	<b>2</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	2. Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента (укажите все правильные ответы):	а) Жажды и полиурии б) Рецидивирующего фурункулеза в) Дислипидемии г) Уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л д) Ожирения	<b>низкий</b>	<b>2</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	3. При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо:	а) Определить уровень глюкозы в крови натощак б) Провести глюкозотолерантный тест в) Назначить препараты сульфонилмочевины г) Ограничить употребление углеводов д) Определить уровень базального инсулина	<b>низкий</b>	<b>2</b>

<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	4. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:	а) Сцинтиграфия щитовидной железы б) Пальпаторное исследование в) Ультразвуковое исследование щитовидной железы г) Компьютерная томография щитовидной железы д) Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы	<b>низкий</b>	<b>2</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	5. Для первичного гиперпаратиреоза характерна:	а) гипертриглицеридемия; б) гиперфосфатемия; в) гипокальциемия; г) гиперкальциемия.	<b>низкий</b>	<b>2</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	6. Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:	а) Аспирин б) Дексаметазон в) Каптоприл г) Тиазидовые диуретики д) Пероральные контрацептивы	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	7. Сцинтиграфия служит основным способом выявления:	а) Подострого тиреоидита б) Зоба Хашимото в) Диффузного токсического зоба г) Рака щитовидной железы д) Токсической аденомы щитовидной железы	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	8. Тиреотоксический синдром может встречаться (укажите все правильные ответы):	а) При диффузном токсическом зобе б) При зобе Хашимото в) При подостром тиреоидите г) При первичной атрофии щитовидной железы д) При ТТГ-секретирующей опухоли гипофиза	<b>средний</b>	<b>5</b>



<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	9. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:	а) Глаукома б) Катаракта в) Проллиферирующая ретинопатия г) Атрофия зрительных нервов д) Автономная нейропатия	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	10. Все утверждения в отношении тиреотоксического криза являются верными, за исключением следующего	а) Хирургическое вмешательство и инфекции могут спровоцировать тиреотоксический криз б) Развитие криза связано с внезапным резким подъемом уровня тиреоидных гормонов в крови в) При тиреотоксическом кризе эффективно назначение радиоактивного йода г) В лечении криза целесообразно использование бета-адреноблокаторов д) В терапии криза целесообразно применение препаратов неорганического йода	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	11. Относительно сахарного диабета I типа справедливо (укажите все правильные ответы):	а) Диабет требует постоянного лечения инсулином б) Диабет чаще возникает в молодом возрасте в) Течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу г) Диабет обычно возникает на фоне ожирения д) Диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы	<b>средний</b>	<b>5</b>

<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	12. Тиреотоксикоз, не связанный с гиперпродукцией тиреоидных гормонов, развивается при (укажите все правильные ответы):	а) болезни Грейвса; б) аутоиммунном тиреоидите; в) амиодарон индуцированном тиреотоксикозе 2 типа; г) функциональной автономии щитовидной железы.	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	13. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие (укажите все правильные ответы):	а) недозированной физической нагрузки; б) недостаточного приема белков; в) недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина; г) передозировки вводимого инсулина; д) ухудшения функций печени и почек.	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	14. Клиническими проявлениями диабетического кетоацидоза являются (укажите все правильные ответы):	а) желудочно-кишечная боль; б) повышение аппетита; в) полидипсия, полиурия; г) потеря аппетита, тошнота, рвота; д) резкая слабость, вялость, сонливость.	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	15. Характерные ультразвуковые признаки болезни Грейвса (укажите все правильные ответы):	а) снижение эхогенности; б) наличие узловых образований; в) повышенная васкуляризация; г) неоднородная структура.	<b>средний</b>	<b>5</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	16. Характерным осложнением после применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является (укажите все правильные ответы):	а) Гипокалиемия б) Повышение уровня креатинина и мочевины в крови в) Снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза г) Гипергликемия д) Гипокальциемия	<b>сложный</b>	<b>8</b>

<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	17. Механизм действия бигуанидов (укажите все правильные ответы):	а) снижение продукции глюкозы печенью; б) снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани; в) замедление всасывания углеводов в кишечнике.	<b>сложный</b>	<b>8</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	18. Показаниями к радикальному лечению болезни Грейвса являются (укажите все правильные ответы):	а) осложнения тиреостатической терапии; б) рецидив тиреотоксикоза после отмены консервативного лечения; в) высокий уровень антител к рецептору ТТГ; г) осложненные формы тиреотоксикоза.	<b>сложный</b>	<b>8</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	19. Недостатки производных сульфонилмочевины (укажите все правильные ответы):	1) риск гипогликемии; 2) прибавка массы тела; 3) риск кетоацидоза; 4) быстрое развитие резистентности; 5) желудочно-кишечный дискомфорт.	<b>сложный</b>	<b>8</b>
<b>ПК-1.1, ПК-1.2.</b>	20. На догоспитальном этапе или в приемном отделении пациенту с диабетическим кетацидозом необходимо выполнить следующие мероприятия (укажите все правильные ответы):	а) вводить 0,9 % раствор NaCl в/в капельно со скоростью 1 л/ч; б) начать введение кристаллоидных растворов (Рингера, Рингера-Локка, Хартманна и др.); в) начать инсулинотерапию в режиме малых доз; г) провести экспресс-анализ гликемии и анализ любой порции мочи на кетоновые тела.	<b>сложный</b>	<b>8</b>