

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ТАШКЕНТСКИЙ ФИЛИАЛ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО

Директор Ташкентского филиала
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

_____ Д.А. Шагин
«05» декабря 2022

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.53 Эндокринология

Направленность (профиль) программы

Эндокринология

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2022 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.53 Эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 100, педагогическими работниками межкафедрального объединения кафедр эндокринологии лечебного факультета и эндокринологии и диабетологии ФДПО

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1	Демидова Татьяна Юльевна	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова
2	Демидова Ирина Юрьевна	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии ФДПО
3	Скуридина Дарья Викторовна	-	ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова
4	Титова Виктория Викторовна	-	ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова
5	Лобанова Кристина Геннадьевна	-	ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова
6	Ушанова Фатима Омариевна	-	ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова
7	Измайлова Марьям Ярагиевна	-	ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения кафедр эндокринологии лечебного факультета и эндокринологии и диабетологии ФДПО

протокол № 3 от «31» октября 2022 г.

Руководитель межкафедрального объединения _____/Демидова Т.Ю./

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	8
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	106
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	106
5. Материально-техническое обеспечение государственной итоговой аттестации	111

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Филиалом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-эндокринолог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-эндокринолог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Филиала с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
--	--	---

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает 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	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	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-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ОПК-6.2 Контролирует 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-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу

	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию ОПК-9.2 Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"	ПК-1.1 Проводит обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контролирует его эффективность и безопасность ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ПК-1.4 Проводит медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы, медицинские осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	02.028 Профессиональный стандарт - Врач-эндокринолог

		ПК-1.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	02.028 Профессиональный стандарт - Врач-эндокринолог
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	ПК-3.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность ПК-3.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность ПК-3.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний	Анализ отечественного и зарубежного опыта

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по

	перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ (продемонстрировать навык) на два практических вопроса. Первый навык может быть продемонстрирован на манекене манипуляции. В процессе демонстрации обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений). Второй навык может заключаться в лабораторном или инструментальном исследовании. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1		Группа гиполипидемических препаратов, наиболее предпочтительная у больных с сахарным диабетом:
		Производные фиброевой кислоты (фибраты)
	*	Ингибиторы гидроксиметилглутарил-КоА-редуктазы (статины)
		Секвестранты желчных кислот (смолы)
		Препараты никотиновой кислоты
		Омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
2		Препараты выбора для лечения артериальной гипертензии при сахарном диабете:
		бета-блокаторы
		диуретики
		антагонисты кальция
	*	ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
3		В отличие от кетоацидотической комы для гиперосмолярной комы в большинстве случаев характерно следующее проявление:
		дыхание Куссмауля
		запах ацетона изо рта
		ацетонурия
	*	неврологическая симптоматика: параличи, нистагм, судороги
		дефицит оснований в крови
4		При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения:
	*	изотонического раствора хлорида натрия
		5% раствора глюкозы
		гипотонического (0.45%) раствора хлорида натрия
		реополиглюкина
		гемодеза
5		Уровень гликированного гемоглобина отражает средний уровень гликемии:
		за последние 2-3 дня
		за последний 1 месяц
	*	за последние 3 месяца
		за последние 6 месяцев
		за последний 1 год
6		Какой из нижеперечисленных препаратов запрещен к применению у беременных с сахарным диабетом и артериальной гипертензией:
		гидралазин
		допегит
		лабеталол
	*	эналаприл
		нифедипин
7		Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности у больных с сочетанием сахарного диабета и ишемической болезни сердца:
		ниже 3,5 ммоль/л
		ниже 3,3 ммоль/л

		ниже 1,8 ммоль/л
		ниже 2,5 ммоль/л
	*	ниже 1,4 ммоль/л
8		Каким пациентам в возрасте 45 лет и старше следует проводить скрининг для выявления нарушений углеводного обмена:
	*	абсолютно всем пациентам
		пациентам с ожирением
		пациентам с артериальной гипертонией
		пациентам, вес которых при рождении превышал 4 кг
9		Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов является препаратом первой линии для лечения сахарного диабета 2 типа:
	*	метформин
		лираглутид
		глибенкламид
		дапаглифлозин
10		Дапаглифлозин относится к следующему классу сахароснижающих препаратов:
		бигуаниды
		ингибиторы дипептидилпептидазы-4
	*	ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
		аналоги глюкагоноподобного пептида-1
11		Сахароснижающий препарат, способствующий снижению массы тела, но не предназначенный для лечения ожирения:
		натеглинид
	*	дапаглифлозин
		лираглутид
		розиглитазон
12		Сахароснижающий препарат, наиболее предпочтительный для применения у больных сахарным диабетом 2 типа с застойной сердечной недостаточностью:
		инсулин
		метформин
		репаглинид
	*	эмпаглифлозин
		ситаглиптин
13		При использовании помповой инсулинотерапии может применяться инсулин:
	*	Аспарт
		Гларгин
		Детемир
		Инсулин аспарт двухфазный
14		Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина у функционально независимого пациента 78 лет с инфарктом миокарда в анамнезе:

		менее 6,5%
		менее 7,0%
		менее 7,5%
	*	менее 8%
15		Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина у молодых пациентов с сахарным диабетом 2 типа без риска тяжелой гипогликемии и атеросклеротических заболеваний:
	*	менее 6,5 %
		ниже 7 %
		ниже 7,5 %
		ниже 8 %
16		Среди перечисленных антигипертензивных средств препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии являются:
		бета-блокаторы
		диуретики
		антагонисты кальция
	*	блокаторы рецепторов ангиотензина II
17		Для синдрома диабетической стопы характерно наличие:
		паралича Белла
		нейропатии латерального кожного нерва бедра
	*	акрального некроза I пальца левой стопы
		синдрома тарзального канала
18		Для ишемической формы синдрома диабетической стопы характерно:
	*	акральные некрозы
		образование язв в местах максимального давления
		преимущественно безболевого характера
		парестезии
19		Диабетическая остеоартропатия с формированием стопы Шарко является проявлением:
	*	нейропатической формы синдрома диабетической стопы
		ишемической формы синдрома диабетической стопы
		нейроишемической формы синдрома диабетической стопы
20		Преимущественная локализация язвенного дефекта при нейропатической форме синдрома диабетической стопы:
	*	подошвенная поверхность стопы в точках плантарного давления
		наружная лодыжка в нижней трети голени
		внутренняя лодыжка в нижней трети голени
		тыльная поверхность стопы
21		Терапия синдрома диабетической стопы включает:
	*	разгрузку конечности
	*	антибактериальную терапию
	*	хирургическую обработку и перевязку раны
		терапию препаратами альфа-липоевой кислоты

		использование мазей с мочевиной
22		Абсолютным показанием к проведению лазеркоагуляции сетчатки является:
		диабетический макулярный отек
		непролиферативная стадия диабетической ретинопатии
		старые фиброзные изменения стекловидного тела
	*	пролиферативная стадия диабетической ретинопатии
23		Скорость клубочковой фильтрации при хронической болезни почек в исходе диабетической нефропатии 51 мл/мин/1,73м ² соответствует стадии:
		C1
	*	C3A
		C3Б
		C4
24		Этиопатогенез стопы Шарко у больных с синдромом диабетической стопы связан с:
		грибковой инфекцией
		стафилококковой инфекцией
		анаэробной инфекцией
	*	неинфекционной деструкцией костей и суставов вследствие диабетической нейропатии
25		Для нейропатической формы синдрома диабетической стопы характерно:
		выраженные болевой синдром
		перемежающаяся хромота
	*	образование язв в местах максимального давления
		отсутствие пульсации тыльных артерий стопы
26		Стадия деструкции стопы Шарко при синдроме диабетической стопы расценивается как:
	*	острая стадия
		подострая стадия
		хроническая стадия
27		Стадия организации «стопы Шарко» при синдроме диабетической стопы расценивается как:
		острая стадия
	*	подострая стадия
		хроническая стадия
28		Стадия реконструкции стопы Шарко при синдроме диабетической стопы расценивается как:
		острая стадия
		подострая стадия
	*	хроническая стадия
29		Поджелудочная железа является железой:
		внешней секреции
		внутренней секреции

	*	смешанной секреции
30		Инсулин вырабатывается в:
		α -клетках поджелудочной железы
	*	β -клетках поджелудочной железы
		δ -клетках поджелудочной железы
		PP-клетках поджелудочной железы
31		Для сахарного диабета 2 типа характерно:
		острое начало
		дефицит массы тела
		снижение содержания инсулина в крови
	*	избыточная масса тела
32		Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом чаще всего является результатом:
	*	жирового гепатоза
		гепатита
		цирроза
		сердечной недостаточности
33		В основе развития сахарного диабета 1 типа лежит:
		инсулинорезистентность
		гиперинсулинемия
		атеросклероз
	*	деструкция β -клеток
34		В структуре распространенности сахарного диабета первое место занимает:
		сахарный диабет 1 типа
	*	сахарный диабет 2 типа
		панкреатогенный сахарный диабет
		диабет на фоне эндокринопатий
35		Показанием к применению бигуанидов является:
	*	сахарный диабет 2 типа в сочетании с ожирением
		сахарный диабет 2 типа на фоне хронических заболеваний, сопровождающихся тканевой гипоксией
		гипертоническая болезнь
	*	сахарный диабет 2 типа
36		Единственной группой сахароснижающих препаратов, разрешенной к применению у беременных женщин, являются:
		бигуаниды
	*	инсулины
		препараты сульфаниламидов
		ингибиторы дипептидилпептидазы-4
37		Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа:
		инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
	*	деструкция клеток и абсолютная инсулиновая недостаточность

		инсулиновая недостаточность и повышение уровня контринсулярных гормонов
		повышение уровня контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность
38		Укажите признак, характерный для сахарного диабета 1 типа:
	*	жажда
		относительный дефицит инсулина
		постепенное незаметное начало
		избыточная масса тела
39		Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:
		до 11,1 ммоль/л
		до 8,4 ммоль/л
	*	до 7,8 ммоль/л
		до 7,2 ммоль/л
40		Резистентность к инсулину может быть вызвана:
		длительными физическими нагрузками
	*	патологией инсулиновых рецепторов
		недостатком массы тела
		длительностью диабета свыше одного года
41		Диагноз сахарный диабет выставляется при следующем уровне глюкозы крови через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста:
		$\leq 7,8$ ммоль/л
		$\geq 6,0$ ммоль/л
	*	$\geq 11,1$ ммоль/л
		$\geq 7,8$ и $< 11,1$ ммоль/л
42		Норма глюкозы крови натощак в венозной плазме:
	*	$< 6,1$ ммоль/л
		$< 5,6$ ммоль/л
		$< 7,8$ ммоль/л
		$< 11,1$ ммоль/л
43		Класс сахароснижающих препаратов, механизм действия которых связан со снижением инсулинорезистентности:
		ингибиторы альфа-глюкозидаз
		ингибиторы натрий-глюкозного контраспортера 2 типа
	*	тиазолидиндионы
		производные сульфонилмочевины
44		Сахароснижающий препарат, безопасный для назначения у пациентов при терминальной стадии хронической болезни почек:
	*	линаглиптин
		метформин
		гликвидон
		лираглутид
45		Сахароснижающие препараты, характеризующиеся низким риском

		возникновения гипогликемий:
		гликлазид
	*	метформин
	*	эмпаглифлозин
		репаглинид
		глибенкламид
46		Сахароснижающие препараты, характеризующиеся высоким риском возникновения гипогликемий:
		лираглутид
	*	натеглинид
	*	аспарт
		дапаглифлозин
		линаглиптин
47		Какие из сахароснижающих препаратов снижают суммарный сердечно-сосудистый риск при сахарном диабете 2 типа:
	*	метформин
		препараты сульфонилмочевины
		препараты инсулина пролонгированного действия
	*	ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
48		Методами купирования тяжелой гипогликемии являются:
		прием 1-2 хе легкоусвояемых углеводов
	*	введение 40% раствора глюкозы
	*	введение глюкагона
		введение инсулина
49		Какие сахароснижающие препараты снижают риск возникновения хронической сердечной недостаточности при сахарном диабете 2 типа:
	*	ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
	*	метформин
		секретагоги
		тиазолидиндионы
		агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1
50		Одним из критериев диагностики сахарного диабета является гликемия венозной плазмы натощак более или равная:
	*	7,0 ммоль/л
		6,5 ммоль/л
		6,0 ммоль/л
		6,1 ммоль/л
51		Одним из критериев диагностики сахарного диабета является гликемия венозной плазмы через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста более или равная:
	*	11,1 ммоль/л
		7,8 ммоль/л
		6,5 ммоль/л
		8,5 ммоль/л

52		Одним из критериев диагностики сахарного диабета является уровень гликированного гемоглобина более или равный:
	*	6,50%
		7,50%
		6,00%
		7,00%
53		Признаками кардиоваскулярной автономной нейропатии являются:
	*	снижение вариабельности сердечного ритма
	*	тахикардия покоя
	*	ортостатическая гипотензия
		боли за грудиной
		одышка при физических нагрузках
54		С-пептид является:
	*	Показателем эндогенной секреции инсулина
		Контринсулярным гормоном
		Показателем активности воспалительного процесса
		Показателем компенсации сахарного диабета
55		При диабетической микроангиопатии поражаются сосуды:
	*	глазного дна (ретинопатия)
		коронарные сосуды
		церебральные сосуды
		магистральные сосуды конечностей
56		Для непролиферативной диабетической ретинопатии характерно наличие:
	*	микроаневризм
		венозных аномалий
		интратретиальных микрососудистых аномалий
		крупных ретиальных геморрагий
57		Для препролиферативной диабетической ретинопатии характерно наличие:
	*	интратретиальных микрососудистых аномалий
		неоваскуляризации диска зрительного нерва
		интравитреальные кровоизлияния
		фиброзной ткани в области кровоизлияний
58		Стадии С1 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации:
	*	более или равная 90 мл/мин/1,73 м ²
		60-89 мл/мин/1,73 м ²
		45-59 мл/мин/1,73 м ²
		30-44 мл/мин/1,73 м ²
59		Стадии С2 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации:
	*	60-89 мл/мин/1,73 м ²
		30-44 мл/мин/1,73 м ²
		45-59 мл/мин/1,73 м ²

		более или равная 90 мл/мин/1,73 м2
60		Стадии С3 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации:
	*	45-59 мл/мин/1,73 м2
		60-89 мл/мин/1,73 м2
		30-44 мл/мин/1,73 м2
		более или равная 90 мл/мин/1,73 м2
61		Стадии С4 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации:
	*	30-44 мл/мин/1,73 м2
		60-89 мл/мин/1,73 м2
		более или равная 90 мл/мин/1,73 м2
		45-59 мл/мин/1,73 м2
62		Стадии С5 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует скорость клубочковой фильтрации:
	*	менее 15 мл/мин/1,73 м2
		60-89 мл/мин/1,73 м2
		45-59 мл/мин/1,73 м2
		30-44 мл/мин/1,73 м2
63		Категории А1 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует суточная экскреция альбумина:
	*	менее 3 мг/24 часа
		10-100 мг/24 часа
		3-30 мг/24 часа
		30-300 мг/24 часа
64		Категории А2 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует суточная экскреция альбумина:
	*	3-30 мг/24 часа
		30-300 мг/24 часа
		10-100 мг/24 часа
		более 300 мг/24 часа
65		Категории А2 хронической болезни почек при сахарном диабете соответствует суточная экскреция альбумина:
	*	более 300 мг/24 часа
		3-30 мг/24 часа
		30-300 мг/24 часа
		10-100 мг/24 часа
66		Основным методом исследования при диагностике ИБС у пациентов с сахарным диабетом является:
	*	электрокардиография
		коронарография
		тредмил-тест
		стресс-эхокардиография

67		Заболевание артерий нижних конечностей у пациента с сахарным диабетом подтверждается при:
	*	Наличии жалоб: перемежающаяся хромота, купирующаяся остановкой или боли покоя, купирующиеся приемом анальгетиков
		Снижении или отсутствии пульсации на тыльной артерии стопы или задней большеберцовой артерии у медиальной лодыжки
		Наличии жалоб: боли в стопах различной интенсивности в покое, чаще в ночные и вечерние часы, онемение, парестезии, зябкость стоп, судороги в мышцах голени и стоп
		снижении вибрационной и температурной чувствительности
68		Нормальное значение лодыжечно-плечевого индекса:
	*	1,0-1,3
		0,91-0,99
		более 1,3
		0,4-0,91
69		Заболевание артерий нижних конечностей у пациента с сахарным диабетом подтверждается при:
	*	монофазной или двухфазной форме доплеровской волны или ее отсутствии на одной из артерий стопы
	*	ЛПИ менее 0,9 как минимум на одной из артерий стопы
		снижение проводимости по нервам нижних конечностей при ЭНМГ
		лодыжечное артериальное давление < 50 мм рт.ст
70		Для критической ишемии нижних конечностей характерно пороговое значение чрескожного напряжения кислорода менее:
	*	25 мм.рт.ст.
		30 мм.рт.ст.
		40 мм.рт.ст.
		45 мм.рт.ст.
71		Ишемическая форма синдрома диабетической стопы характеризуется:
	*	наличием акральных некрозов
		образованием язв в местах максимального давления
		безболевым течением
		парестезиями
72		Преимущественная локализация язвенного дефекта при нейропатической форме синдрома диабетической стопы это:
	*	подошвенная поверхность стопы в точках плантарного давления
		наружная лодыжка в нижней трети голени
		внутренняя лодыжка в нижней трети голени
		тыльная поверхность стопы
73		Методом диагностики первой линии для анатомической оценки поражения при заболевании артерий нижних конечностей является:
	*	ультразвуковое дуплексное сканирование
		магнитно-резонансная ангиография
		мультиспиральная компьютерная ангиография
		рентгенконтрастная ангиография

74		Одним из критериев диагностики хронической сердечной недостаточности при сахарном диабете является уровень N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида:
	*	более 125 пг/мл
		более 100 пг/мл
		менее 125 пг/мл
		менее 100 пг/мл
75		Скрининг диабетической периферической нейропатии при сахарном диабете 2 типа проводится:
	*	с момента установления диагноза
		через 2 года от дебюта заболевания
		через 5 лет от дебюта заболевания
		через 10 лет от дебюта заболевания
76		Частота сердечных сокращений при кардиоваскулярной автономной нейропатии проявляющейся тахикардией в покое составляет более:
	*	100 ударов в минуту
		90 ударов в минуту
		80 ударов в минуту
		70 ударов в минуту
77		Диабетическая гастроинтестинальная автономная нейропатия характеризуется наличием симптомов:
	*	дисфагия, боли в животе, ощущение переполнения желудка
	*	чередование диареи и запоров
	*	боли и тяжесть в правом подреберье, тошнота
		мышечная слабость
		нечувствительность к гипогликемии
78		Скрининг диабетической ретинопатии при сахарном диабете 2 типа проводится:
	*	при постановке диагноза
		через 1 год после дебюта заболевания
		через 5 лет после дебюта заболевания
		через 10 лет после дебюта заболевания
79		Офтальмологические осмотры проводятся пациентам с сахарным диабетом и пролиферативной ретинопатией не реже:
	*	4 раз в год
		3 раз в год
		2 раз в год
		8 раз в год
80		Обязательным методом офтальмологического обследования при диабетической ретинопатии является:
	*	офтальмоскопия при расширенном зрачке
		фотографирование глазного дна
		флюоресцентная ангиография глазного дна
		оптическая когерентная томография сетчатки

81		Дополнительным методом офтальмологического обследования при диабетической ретинопатии является:
	*	флюоресцентная ангиография глазного дна
		определение остроты зрения
		биомикроскопия переднего отрезка глаза при расширенном зрачке
		измерение внутриглазного давления
82		Гликированный гемоглобин при хронической болезни почек у больных сахарным диабетом требуется определять:
	*	1 раз в 3 месяца
		1 раз в год
		1 раз в 6 месяцев
		1 раз в месяц
83		Какое исследование, направленное на оценку риска переломов, требуется проводить у пациентов с сахарным диабетом с хронической болезнью почек на стадии С3:
	*	исследование минеральной плотности костей
		рентгенографию лучевой кости
		магнитно-резонансную томографию поясничного отдела позвоночника
		ультразвуковое исследование шейного отдела позвоночника
84		У пациентов с сахарным диабетом с хронической болезнью почек на диализе необходимо исследовать:
	*	кальций
	*	фосфор
	*	паратгормон
		магний
		витамин Д
85		У пациентов с сахарным диабетом с хронической болезнью почек на диализе необходимо ограничить потребление с пищей:
	*	фосфора
		кальция
		магния
		калия
86		Оценка скорости клубочковой фильтрации у пациентов с сахарным диабетом и хронической болезнью почек после визуализирующих исследований с внутривенным введением йодсодержащих рентгенконтрастных препаратов проводится через:
	*	48-96 часов
		14 суток
		12 часов
		2 часа
87		При тяжелой степени диабетического кетоацидоза калий сыворотки:
	*	менее 3,5 ммоль/л
		менее 4,0 ммоль/л
		более 3,5 ммоль/л

		менее 4,5 ммоль/л
88		pH артериальной крови при легкой степени диабетического кетоацидоза менее:
	*	7,3
		7,25
		7
		7,4
89		pH артериальной крови при средней степени диабетического кетоацидоза менее:
	*	7,25
		7,3
		7
		7,4
90		pH артериальной крови при тяжелой степени диабетического кетоацидоза менее:
	*	7
		7,2
		7,3
		7,25
91		Осмолярность плазмы при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии составляет:
	*	более 320 мосмоль/л
		более 300 мосмоль/л
		285-295 мосмоль/л
		менее 320 мосмоль/л
92		К стрессовому относят лейкоцитоз при острых осложнениях сахарного диабета:
	*	менее 15000 в 1 мл
		более 15000 в 1 мл
		менее 10000 в 1 мл
		более 25000 в 1 мл
93		Уровень бикарбоната плазмы при легкой степени диабетического кетоацидоза:
	*	15-18 ммоль/л
		18-20 ммоль/л
		10 - 15 ммоль/л
		менее 10 ммоль/л
94		Уровень бикарбоната плазмы при средней степени диабетического кетоацидоза:
	*	10- 15 ммоль/л
		менее 10 ммоль/л
		15-18 ммоль/л
		18-20 ммоль/л

95		Уровень бикарбоната плазмы при тяжелой степени диабетического кетоацидоза:
	*	менее 10 ммоль/л
		15-18 ммоль/л
		18-20 ммоль/л
		10- 15 ммоль/л
96		Гипогликемией уровня 1 при сахарном диабете считается значение глюкозы плазмы:
	*	от 3 до 3,9 ммоль/л
		менее 3 ммоль/л
		менее 2 ммоль/л
		от 1 до 1,9 ммоль/л
97		Гипогликемией уровня 2 при сахарном диабете считается значение глюкозы плазмы:
	*	менее 3 ммоль/л
		от 3 до менее 3,9 ммоль/л
		менее 2 ммоль/л
		от 1 до 1,9 ммоль/л
98		Начальная доза инсулина короткого действия при диабетическом кетоацидозе составляет:
	*	0,1 - 0,15 ЕД/кг реальной массы тела в/в болюсно
		0,1 ЕД/кг реальной массы тела в/в капельно
		5–10 ЕД/ч в/в капельно
		0,2 – 0,4 ЕД/кг реальной массы тела в/в болюсно
99		Ежечасная доза инсулина при диабетическом кетоацидозе составляет:
	*	0,1 ЕД/кг/ч
		0,2 ЕД/кг/ч
		0,5 ЕД/кг/ч
		5–10 ЕД/ч
100		Оптимальная скорость снижения глюкозы плазмы при диабетическом кетоацидозе составляет:
	*	3 ммоль/л/ч
		не менее 5 ммоль/л/ч
		5-6 ммоль/л/ч
		4-5 ммоль/л/ч
101		Для регидратации при диабетическом кетоацидозе используется:
	*	0,9 % физиологический раствор
		раствор Рингера
		раствор Рингера-Локка
		раствор Хартманна
102		Начальная скорость регидратации 0,9% раствором NaCl при диабетическом кетоацидозе составляет в первый час:
	*	1-1.5 л
		0.5 л

		250– 300 мл
		50-100 мл/кг реальной массы тела
103		Если уровень калия неизвестен, в/в инфузию калия начинают одновременно с введением инсулина со скоростью:
	*	1,5 г в час
		2 г в час
		1 г в час
		2,5 – 3 г в час
104		Показанием к введению бикарбоната натрия при диабетическом кетоацидозе является рН крови:
	*	$\leq 6,9$
		$>7,0$
		$<7,3$
		$<7,25$
105		Показанием к введению бикарбоната натрия при диабетическом кетоацидозе является уровень стандартного бикарбоната:
	*	< 5 ммоль/л
		15 – 18 ммоль/л
		10 – 15 ммоль/л
		< 10 ммоль/л
106		Регидратационную терапию при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии при уровне скорректированного $\text{Na}^+ >165$ ммоль/л начинают с введения:
	*	5 % раствора глюкозы
		0,45% физиологического раствора
		0,9% физиологического раствора
		раствора Рингера
107		Начальная доза инсулина короткого действия при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии составляет:
	*	0,5–2 ЕД/ч
		0,1 ЕД/кг реальной массы тела
		5–10 ЕД/ч
		0,2 – 0,4 ЕД/кг реальной массы тела
108		Для лечения легкой гипогликемии пациенту с сахарным диабетом рекомендуется:
	*	прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
		введение 1 мг глюкагона п/к
		прием 3-4 хлебных единиц медленно усваиваемых углеводов
		введение 40 мл 40% раствора глюкозы в/в струйно
109		Для лечения тяжелой гипогликемии у пациента с сахарным диабетом применяется:
	*	введение 40-100 мл 40% раствора глюкозы в/в струйно
		прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
		прием 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3–4 г) или 1-2 тубы с

		углеводным сиропом (по 5-10 г углеводов)
		прием 3-4 хлебных единиц медленно усваиваемых углеводов
110		Основным методом лечения диабетической ретинопатии является:
	*	лазерная коагуляция сетчатки
		вitrektomia
		интравитреальное введение стероидов
		применение ангиопротекторов
111		Целевой уровень гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом на диализе должен составлять:
	*	7,5-8,5%
		<6,5%
		7,0-7,5%
		<7,5%
112		Препаратами выбора для лечения диабетической нефропатии являются:
	*	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента:
		Тиазидные диуретики
		Антагонисты кальция
		Бета-блокаторы
113		При остром коронарном синдроме в качестве сахароснижающей терапии используются:
	*	препараты сульфонилмочевины
	*	препараты инсулина
		Бигуаниды
		Тиазолидиндионы
114		Показанием для инсулинотерапии у больных сахарным диабетом и острым коронарным синдромом является:
	*	глюкоза плазмы стойко выше 10 ммоль/л
		глюкоза плазмы менее 6,0 ммоль/л
		проведение рентгеноконтрастных вмешательств
		глюкоза плазмы перед едой в течение суток 6,1–7,8 ммоль/л
115		Целевым уровнем гликемии у больных с острым коронарным синдромом является:
	*	глюкоза плазмы перед едой в течение суток 6,1–7,8 ммоль/л
		глюкозы плазмы перед едой в течение суток менее 6,0 ммоль/л.
		глюкоза плазмы после еды выше 10 ммоль/л
		глюкоза плазмы натощак выше 10 ммоль/л
116		Для лечения острой стадии диабетической нейроостеоартропатии используется:
	*	разгрузка пораженного сустава с помощью индивидуальной разгрузочной повязки
		ношение сложной ортопедической обуви
		адекватный подиатрический уход с целью профилактики развития хронических раневых дефектов в зонах избыточного нагрузочного давления на стопе

		хирургическая ортопедическая коррекция
117		При выполнении мероприятий повседневной активности функционально независимые пациенты с сахарным диабетом:
	*	не нуждаются в помощи
		регулярно нуждаются в посторонней помощи по причине ухудшения их функционального статуса
		регулярно нуждаются в посторонней помощи, так как имеют тяжелые нарушения когнитивных функций
		регулярно нуждаются в посторонней помощи ввиду развития старческой саркопении
118		Основным требованием к сахароснижающим препаратам у пожилых больных сахарным диабетом 2 типа является:
	*	минимальный риск гипогликемии
		выраженный сахароснижающий эффект
		длительное действие
		влияние на снижение массы тела
119		Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально независимых пациентов без атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии является гликированный гемоглобин менее:
	*	7,50%
		7,00%
		8,00%
		8,50%
120		Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально независимых пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или риском тяжелой гипогликемии является гликированный гемоглобин менее:
	*	8,00%
		7,00%
		7,50%
		8,50%
121		Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально зависимых пациентов без старческой астении и/или деменции является гликированный гемоглобин менее:
	*	8,00%
		7,00%
		7,50%
		8,50%
122		Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально зависимых пациентов со старческой астенией и/или деменцией является гликированный гемоглобин менее:
		8,50%
		7,00%
		7,50%

		8,00%
123		Целевой уровень липопротеинов низкой плотности для пациентов с сахарным диабетом с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями или с протеинурией или с большими факторами риска (курение, выраженная гиперхолестеринемия, выраженная артериальная гипертензия) составляет менее:
	*	1,4 ммоль/л
		2,5 ммоль/л
		3,5 ммоль/л
		5,0 ммоль/л
124		Целевой уровень липопротеинов низкой плотности для пациентов с сахарным диабетом без атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, без протеинурии и без больших факторов риска (курение, выраженная гиперхолестеринемия, выраженная артериальная гипертензия) составляет менее:
		2,5 ммоль/л
	*	1,8 ммоль/л
		3,5 ммоль/л
		5,0 ммоль/л
125		Целевые уровни показателей артериального давления для пациентов с сахарным диабетом старше 65 лет составляют:
	*	Систолическое АД, ≥ 130 и < 140 мм рт.ст.
		Диастолическое АД, ≥ 70 и < 80 мм рт.ст.
		Систолическое АД, ≥ 120 и < 130 мм рт.ст.
		Диастолическое АД, ≥ 70 и < 80 мм рт.ст.
		Систолическое АД, ≥ 120 и < 140 мм рт.ст.
		Диастолическое АД, ≥ 70 и < 80 мм рт.ст.
		Систолическое АД, ≥ 130 и < 140 мм рт.ст.
		Диастолическое АД, ≥ 80 и < 90 мм рт.ст.
126		Больным сахарным диабетом с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии:
	*	Ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
		препаратов сульфонилмочевины
		Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
		препаратов инсулина ультракороткого действия
127		Больным сахарным диабетом с хронической болезнью почек рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии:
	*	Ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера-2 типа
		препаратов сульфонилмочевины
		Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
		препаратов инсулина ультракороткого действия
128		В качестве приоритетного препарата при инициации сахароснижающей терапии рекомендуется использование:
	*	Метформина

		Инсулина
		препаратов сульфонилмочевины
		Ингибиторов натрийглюкозного котранспортера 2 типа
129		В составе любой комбинации 2 и более сахароснижающих препаратов при отсутствии противопоказаний следует использовать:
	*	Метформин
		препараты сульфонилмочевины
		Инсулин
		Ингибиторы натрийглюкозного котранспортера 2 типа
130		У больных сахарным диабетом с хронической сердечной недостаточностью или с высоким риском развития хронической сердечной недостаточности рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии:
	*	Ингибиторов натрийглюкозного котранспортера 2 типа
		Метформина
		препаратов сульфонилмочевины
		Инсулина
131		У больных сахарным диабетом с множественными сердечно-сосудистыми факторами риска преимущество имеет назначение:
	*	Агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
		Метформина
		препаратов сульфонилмочевины
		Инсулина
132		Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые:
	*	3 месяца
		6 месяцев
		9 месяцев
		12 месяцев
133		Изменение (интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (т.е. при отсутствии достижения индивидуальных целей гликированного гемоглобина) выполняется не позднее чем через:
	*	6 месяцев
		3 месяца
		12 месяцев
		9 месяцев
134		Если исходный показатель гликированного гемоглобина находится в целевом диапазоне или превышает индивидуальный целевой уровень менее чем на 1.0 %, то лечение можно начинать с:
	*	монотерапии пероральным сахароснижающим препаратом
		комбинации 2 сахароснижающих препаратов
		комбинации 3 сахароснижающих препаратов
		комбинации инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами
135		Если исходный показатель гликированного гемоглобина превышает

		индивидуальный целевой уровень на 1.0-2.5%, то в качестве стартовой терапии следует рассмотреть:
	*	комбинацию 2 сахароснижающих препаратов
		монотерапию пероральным сахароснижающим препаратом
		комбинацию 3 сахароснижающих препаратов
		комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами
136		Если исходный показатель гликированного гемоглобина превышает индивидуальный целевой уровень более чем на 2.5% и присутствуют выраженные клинические симптомы метаболической декомпенсации, то в качестве стартовой терапии следует рассмотреть:
	*	комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами
		монотерапию пероральным сахароснижающим препаратом
		комбинацию 2 сахароснижающих препаратов
		комбинацию 3 сахароснижающих препаратов
137		Показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа является уровень гликированного гемоглобина, превышающий индивидуальный целевой уровень:
	*	более чем на 2.5%
		менее чем на 1.0 %
		на 1.0-2.5%
		более чем на 3,5%
138		Показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа является наличие:
	*	противопоказаний к назначению других сахароснижающих препаратов
		множественных сердечно-сосудистых факторов риска у пациента
		хронической болезни почек у пациента в анамнезе
		хронической сердечной недостаточности или высокого риска развития хронической сердечной недостаточности у пациента
139		Абсолютным показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа является наличие:
	*	кетоацидоза
		острого коронарного синдрома
		хронической почечной недостаточности
		сердечной недостаточности
140		У больных сахарным диабетом с хронической болезнью почек С 1-3а (СКФ ≥ 45 мл/мин/1,73 м ²) рекомендуется использование в составе сахароснижающей терапии:
	*	Ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа
		Тиазолидиндионов
		Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
		препаратов инсулина ультракороткого действия
141		У больных сахарным диабетом с хронической болезнью почек С 5 (СКФ <15 мл/мин/1,73 м ²) безопасно использование в составе сахароснижающей терапии:
	*	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4

		Тиазолидиндионов
		Ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера-2
		Агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
142		У больных сахарным диабетом с ожирением предпочтительно использование в составе сахароснижающей терапии:
	*	Агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
		Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
		Тиазолидиндионов
		препаратов инсулина ультракороткого действия
143		У больных сахарным диабетом с высоким риском гипогликемии рекомендовано использование в составе сахароснижающей терапии:
	*	Ингибиторов дипептидилпептидазы-4
		препаратов инсулина ультракороткого действия
		препаратов сульфонилмочевины
		препаратов инсулина длительного действия
144		Инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа проводится в:
	*	интенсифицированном режиме
		режиме многократных инъекций перед едой
		режиме базал плюс
		базальном режиме
145		Доза прандиального инсулина при сахарном диабете 1 типа рассчитывается исходя из:
	*	количества углеводов в пище
		массы тела пациента
		уровня предпрандиальной гликемии
		уровня гликемии натощак
146		Пациентам с сахарным диабетом 1 типа рекомендуется проводить самоконтроль гликемии по глюкометру не менее
	*	4 раз в сутки
		12 раз в сутки
		7 раз в сутки
		1 раз в сутки
	-	-
147		Нейроэндокринные заболевания:
		для подтверждения активной стадии акромегалии проводит:
		исследование базального уровня СТГ
	*	исследование СТГ в ходе орального глюкозотолерантного теста
		пробу с сухоедением
		пробу с тиролиберин
148		Секрецию пролактина подавляет:
		стресс
		Тиролиберин
	*	Дофамин
		длительное голодание

149		Адренотропный гормон (АКТГ) вызывает:
	*	усиление синтеза кортизола в надпочечниках
		усиление синтеза тестостерона в гонадах
		усиление синтеза эстрогенов в гонадах
		снижение синтеза альдостерона
		усиление синтеза адреналина
150		Окситоцин синтезируется:
		в передней доле гипофиза
		в задней доле гипофиза
		в коре головного мозга
	*	в гипоталамусе
		в мозжечке
151		В понятие болезни Иценко - Кушинга включают:
	*	АКТГ-продуцирующую аденому гипофиза
		Глюкостерому
		хроническую передозировку гидрокортизона
		Эктопический АКТГ-синдром
152		Основным методом лечения инсулиномы является:
		лучевой
		физиотерапевтический
		медикаментозный
	*	хирургический
153		У больной 27 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:
		психогенная полидипсия
	*	несахарный диабет
		сахарный диабет
		хронический пиелонефрит
154		Секрецию соматотропного гормона подавляет:
		Глюкагон
		Эстрогены
		Серотонин
	*	Соматостатин
		Соматомедины
155		Наиболее частая локализация глюкагономы:
		тонкий кишечник
		желудок
		толстый кишечник
	*	поджелудочная железа
156		У пациентов больных акромегалией при хиазмальном синдроме показано следующее:
	*	хирургическое лечение
		лучевая терапия

		применение препарата парлодел
		сочетанная лучевая и медикаментозная терапия
		сочетание хирургической и лучевой терапии
157		Диагноз акромегалии подтверждается:
	*	при повышении уровня инсулиноподобного фактора роста-1
	*	при повышении уровня соматотропного гормона более 1 нг/мл в ходе глюкозотолерантного теста
		при выявлении сахарного диабета
		при выявлении артериальной гипертензии
158		У женщины 44 лет отмечаются: резкое увеличение размера кистей и стоп, укрупнение черт лица, головные боли, сахарный диабет. О каком заболевании, вероятно, идет речь:
	*	Акромегалия
		Гиперкортицизм
		болезнь Педжета
		ревматоидный полиартрит
159		Для вторичного гипокортицизма характерно:
		более тяжелое течение по сравнению с первичным гипокортицизмом
	*	не развивается дефицит минералокортикоидов
		Меланодермия
		является наиболее частым осложнением черепно-мозговых травм
		диагноз устанавливается на основании рентгенологической краниографии
160		Наиболее распространенной аденомой гипофиза является:
		Соматотропинома
		Тиреотропинома
		Гонадотропинома
		Кортикотропинома
	*	Пролактинома
161		У пациента с признаками гиперкортицизма выявлена эндоселлярная аденома гипофиза, большая проба с дексаметазоном показала снижение кортизола в крови на 55%. В качестве лечения предпочтительно:
	*	транссфеноидальная аденомэктомия
		двусторонняя адреналэктомия
		лечение хлоридитом
		лечение мамомитом
		лечение парлоделом
162		Патогенез вторичного гипотиреоза связан с:
		увеличением секреции тиролиберина
		уменьшением секреции тиролиберина
		резистентностью ткани щитовидной железы к ТТГ
		увеличением секреции ТТГ
	*	уменьшением секреции ТТГ
163		Основной метод лечения гиперпролактинемического гипогонадизма:
	*	медикаментозная терапия агонистами дофамина

		хирургическое лечение
		лучевая терапия
		циклическая терапия эстроген-гестагенными препаратами
		терапия гонадотропинами
164		При исследовании крови натощак при инсулиноме часто выявляют:
	*	повышение уровня иммунореактивного инсулина
	*	повышение уровня проинсулина
		снижение уровня С-пептида
		повышение уровня глюкозы
	*	снижения уровня гликемии ниже 2.8 ммоль/л
165		Лабораторным маркером несахарного диабета является:
		повышение объема выделяемой мочи
		повышение удельного веса мочи
	*	снижение удельного веса мочи
		снижение объема мочи
		Бактериурия
166		Для топической диагностики соматотропин-секретирующей опухоли гипофиза используется:
	*	МРТ гипофиза с контрастированием
		определение уровня инсулиноподобного фактора роста-1
		пероральный глюкозотолерантный тест с определением уровня соматотропного гормона
		определение уровня ритмической секреции соматотропного гормона
167		Для пациентов с акромегалией характерны жалобы:
		на гипертермию лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
		на тремор рук и век, потливость, снижение веса, повышение температуры тела
	*	на утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
		на сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела
168		При супраселлярном росте аденомы гипофиза возможно развитие следующего осложнения:
		заложенность носа, ликворея
		птоз, диплопия, офтальмоплегия
	*	битемпоральная гемианопсия
		окклюзионная гидроцефалия
169		Противопоказанием к хирургическому вмешательству при аденоме гипофиза является:
	*	наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации
		наличие макроаденомы с нарушением зрительных функций
		наличие выраженной краниалгии
		постепенное увеличение размеров опухоли
170		Патогенез третичного гипотиреоза обусловлен:

	*	уменьшением синтеза тиролиберина
		аутоиммунным процессом в щитовидной железе
		увеличением секреции ТТГ
		секрецией биологически неактивного ТТГ
		увеличением синтеза тиролиберина
171		Наиболее эффективный метод лечения при болезни Иценко-Кушинга:
		облучение гипофизарной области
	*	хирургическая аденэктомия
		применение аналогов соматостатина
		удаление одного или двух надпочечников
		аутотрансплантация коры надпочечника
172		Для дифференциальной диагностики центральной и почечной форм несахарного диабета можно использовать:
		пробное лечение препаратами минералокортикоидов
		пробу с сухоядением
	*	Пробу с десмопрессином
		пробу с водной нагрузкой
		тщательное исследование функции почек
173		Основной причиной синдрома Шихана является:
		облучение гипофиза
	*	послеродовой инфаркт гипофиза
		аденома гипофиза
		феохромацитома
		аневризма внутренней сонной артерии
174		Повышенный уровень АКТГ при высоком уровне кортизола свидетельствует:
		о первичном гипокортицизме
	*	о наличии кортикотропиномы
		о нормальной функции коры надпочечников
		о наличии альдостеромы
175		Этиологическими факторами акромегалии являются:
	*	соматотропинома
	*	соматомаммотропная опухоль гипофиза
	*	опухоль гипоталамуса
	*	черепно-мозговая травма
		туберкулезный менингит
176		При медикаментозном лечении акромегалии используют:
		антитела к соматотропному гормону
		эстрогены
		антагонисты дофамина
	*	синтетические аналоги соматостатина
177		К селективным агонистам дофамина относится:

	*	Каберголин
		Бромокриптин
		Лираглутид
		Октреотид
178		К супрессивным функциональным пробам для диагностики гипоталамо-гипофизарных заболеваний относится:
		проба с хорионическим гонадотропином
	*	пероральный глюкозотолерантный тест
		проба с синактеном
		проба с инсулиновой гипогликемией
179		При изолированном синдроме Золлингера - Эллисона выявляют:
	*	острое развитие язвенной болезни с резкими болями в подложечной области
	*	гиперсекрецию желудочного сока
		запоры
		гипергликемию
180		К гормонально-активным аденомам гипофиза относятся:
	*	Пролактиномы
	*	Соматотропиномы
		Онкозоны
	*	Кортикотропиномы
		Краниофарингиомы
181		Ятрогенная гиперпролактинемия развивается при длительном применении:
	*	противорвотных препаратов центрального действия
		Кортикостероидов
		Агонистов дофамина
	*	Нейролептиков
182		При синдроме неадекватной секреции антидиуретического гормона (АДГ) наблюдается:
	*	гипонатриемия
		гипернатриемия
		гиперкальциемия
		гипогликемия
		гипокалиемия
183		Современные критерии полной ремиссии акромегалии:
	*	отсутствие клинических признаков активности
	*	базальный уровень СТГ менее 2,5 нг/мл
	*	минимальный уровень СТГ на фоне ОГТТ менее 1 нг/мл
		повышенный уровень ИФР
	*	уровень ИФР соответствует норме по полу и возрасту
184		Для несахарного диабета характерно:
	*	выраженная полиурия, несвязанная с восполнением теряемой жидкости
		выраженная полиурия, снижающаяся при восполнении теряемой жидкости

	*	никтурия, нарушения сна
		отсутствии никтурии, спокойный ночной сон
		предпочтение холодной / ледяной воды
185		Этиологические факторы приобретенного центрального несахарного диабета:
	*	травма (нейрохирургические операции, ЧМТ)
		метаболические нарушения (гиперкальциемия, гипокалиемия)
	*	опухоли (краниофарингиома, герминома, глиома и др.)
		ХПН
	*	инфекции (цитомегаловирусная, токсоплазмоз, энцефалит, менингит)
186		Несахарный диабет чаще всего характеризуется:
	*	полиурией
	*	гипоосмоляльностью мочи
		гипергликемией
		гипоосмоляльностью плазмы
187		Для синдрома гиперпролактинемии характерно наличие:
		сахарного диабета
		увеличения размера кистей и стоп
	*	пролактиномы
		гирсутизма
188		Проявления СТГ-дефицита у взрослых:
		дефицит массы тела
	*	остеопороз
	*	гиперлипидемия
		эмоционально-личностные нарушения
189		Какие препараты используются для лечения акромегалии:
		Десмопрессин
		Кетоконазол
	*	Ланреотид
	*	Октреотид
190		Пангипопитуитаризм затрагивает функцию:
	*	щитовидной железы
	*	коры надпочечников
	*	половых желез
		углеводного обмена
		околощитовидных желез
191		Для лечения акромегалии используют препараты:
		Левотироксин
		Десмопрессин
		Гидрокортизон
	*	Октреотид
	*	Каберголин

192		Макроаденомой гипофиза считается образование гипофиза:
	*	диаметром 10-40 мм
		диаметром более 40 мм
		диаметром более 5 мм
		любого диаметра, приводящее к синдрому интраселлярной компрессии
193		Дефицит лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего, тиреотропного, адренокортикотропного гормонов при макросоматотропном обусловлен:
		действием отрицательной обратной связи
		недостатком продукции релизинг-факторов
	*	интраселлярной компрессией
		повышением внутричерепного давления
194		Наличие битемпоральной гемианопсии при экстраселлярной макроаденоме гипофиза обусловлено развитием:
		интраселлярной компрессии
	*	интракраниальной компрессии
		повышенного внутричерепного давления
		пустого турецкого седла
195		Гиперпродукция соматотропного гормона, возникшая на этапе законченного линейного роста, приводит к развитию:
		гипофизарного гигантизма
	*	акромегалии
		высокорослости
		синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта
196		Для подтверждения акромегалии используются показатели:
	*	уровня соматотропного гормона
		уровня пролактина
	*	уровня инсулиноподобного фактора роста 1
		уровня тиреотропного гормона
	-	-
197		Проявлениями диффузного токсического зоба являются:
		набор массы тела
		мышечная гипертрофия
		брадикардия
	*	нарушения ритма сердца
198		При манифестном тиреотоксикозе гормональный анализ крови характеризуется:
		повышением ТТГ, снижением Т4свободного
	*	снижением ТТГ, повышением Т4свободного
		снижением ТТГ, снижением Т4свободного
199		При первичном манифестном гипотиреозе гормональный анализ крови характеризуется:
	*	повышением ТТГ, снижением Т4свободного
		снижением ТТГ, повышением Т4свободного
		снижением ТТГ, снижением Т4свободного

		повышением ТТГ, повышением Т4свободного
200		При субклиническом гипотиреозе гормональный анализ крови характеризуется:
	*	повышением ТТГ, нормальным уровнем Т4 свободного
		снижением ТТГ, повышением Т4свободного
		снижением ТТГ, снижением Т4свободного
		повышением ТТГ, повышением Т4свободного
201		При субклиническом тиреотоксикозе гормональный анализ крови характеризуется:
		повышением ТТГ, нормальным уровнем Т4 свободного
		снижением ТТГ, повышением Т4свободного
	*	снижением ТТГ, нормальным уровнем Т4свободного
		повышением ТТГ, повышением Т4свободного
202		Показанием к хирургическому лечению диффузного токсического зоба является:
	*	отсутствие стойкого эутиреоидного состояния после проведенного медикаментозного лечения
	*	наличие компрессионного синдрома
		определение антител к рецептору ТТГ
		наличие беременности
203		К проявлениям тиреотоксического криза относятся:
	*	тошнота, рвота, профузный понос
		сухость кожи и слизистых
	*	повышение температуры тела
		брадикардия
	*	тахикардия и нарушение сердечного ритма
204		Основным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является:
		тиреоидин
		тиреотом
		тиреокомб
	*	левотироксин
		трийодтиронин
205		Для профилактики эндемического зоба используются:
	*	препараты йода
		глюкокортикоиды
		β-блокаторы
		поливитамины
		анаболики
206		Для эндемического зоба характерен _____ уровень ТТГ (вставить пропущенное(ые) слово(а) из нижеперечисленных):
		нормальный
		нормальный или сниженный
		сниженный
	*	нормальный или повышенный

207		При лечении подострого тиреоидита могут использоваться следующие препараты:
	*	глюкокортикоиды
	*	нестероидные противовоспалительные препараты
	*	β -адреноблокаторы
		антибактериальные препараты
		тиреостатические препараты
208		Для первичного гипотиреоза характерно:
	*	повышение уровня холестерина
	*	снижение уровня трийодтиронина
	*	увеличение уровня пролактина
		снижение уровня пролактина
		снижение уровня холестерина
209		При лечении тиреотоксикоза могут быть использованы:
	*	тиреостатики
	*	бета-адреноблокаторы
		антибактериальные препараты
		препараты левотироксина
		симпатолитики центрального действия
210		К производным имидазола относится:
	*	мерказолил
	*	метимазол
	*	тиамазол
		пропилтиоурацил
211		Развитие первичного гипотироза обусловлено:
	*	снижением синтеза тироидных гормонов тканью щитовидной железы
		уменьшением секреции ТТГ
		уменьшением синтеза тиролиберина
		увеличением массы железистой ткани щитовидной железы
		увеличением синтеза тиролиберина
212		Избыток тироидных гормонов обуславливает:
	*	торможение перехода углеводов в жиры
		повышение содержания гликогена в печени
		усиление окислительного фосфорилирования
		активацию внутриклеточных транспортёров глюкозы
213		Для диффузного токсического зоба характерно:
	*	наличие антител к рецепторам ТТГ
		увеличение числа циркулирующих Т-супрессоров
		уменьшение числа фобидных клонов Т-лимфоцитов
		снижение образования стимулирующих иммуноглобулинов
214		Для манифестного диффузного токсического зоба характерно:
	*	снижения содержания в крови ТТГ

		набор массы тела на фоне снижения аппетита
		замедление частоты сердечных сокращений
		снижение содержания в крови как свободного Т3, так и свободного Т4
215		Симптом «МАРИ» - это:
	*	тремор пальцев вытянутых рук
		тремор мелких мышечных групп всего тела
		редкие мигательные движения
		мелкое и быстрое дрожание опущенных век
216		Схема лечения болезни Грейвса-Базедова «блокируй-замещай» предполагает:
		использование аблативной дозы радиоактивного йода с назначением левотироксина
		удаление щитовидной железы с назначением заместительной терапии
	*	назначение тиреостатиков в комбинации с левотироксином
		последовательной курсовое назначение тиреостатиков и левотироксина
217		Для тиреотоксического криза характерны такие симптомы, как:
	*	тахикардия, рвота, профузное потоотделение
		брадикардия, артериальная гипотония, повышение температуры тела
		повышение мышечного тонуса, снижение потоотделения
		выраженная слабость, сонливость, зябкость, снижение температуры тела
218		Наиболее часто у больных с тиреотоксической аденомой при поздней диагностике и несвоевременной терапии наблюдается:
	*	нарушение сердечного ритма
		клиника тиреотоксического криза
		тиреотоксическое поражение печени
		обструкция трахеи опухолевым узлом с развитием апноэ
219		При тиреотоксикозе возможно развитие:
	*	относительной надпочечниковой недостаточности
		органического гиперинсулинизма
		вторичной аденомы гипофиза
		гиперкортицизма
220		Патогенетическую роль в развитии аутоиммунного тиреоидита играет:
	*	повышение аутоантител к тиреоидной пероксидазе
		понижение уровня иммуноглобулинов в крови (особенно IgG и IgM)
		снижение количества циркулирующих иммунных комплексов
		повышение аутоантител к рецептору тиреотропного гормона
221		С аутоиммунным тиреоидитом ассоциируется:
		врожденная дисфункция коры надпочечников
	*	надпочечниковая недостаточность
		первичный гиперпаратиреоз
		аденома гипофиза
222		При аутоиммунном тиреоидите с исходом в манифестный гипотироз в гормональном профиле наблюдается:

	*	повышение ТТГ, снижение Т3 и Т4
		повышение ТТГ, повышение Т3 и Т4
		снижение ТТГ, Т3 и Т4 в пределах нормы
		повышение ТТГ, Т3 и Т4 в пределах нормы
223		Типичным ультразвуковым признаком аутоиммунного тиреоидита является:
	*	гипоэхогенность ткани
		гиперэхогенность ткани
		диффузное увеличение щитовидной железы
		наличие узловых образований щитовидной железы
224		В общем анализе крови при подостром тиреоидите характерно:
	*	повышение СОЭ
		снижение числа лейкоцитов
		снижение концентрации гемоглобина
		повышение тромбоцитов крови
225		Методом выбора лечения диффузного токсического зоба 2ст. (объем железы 100 см ³) является:
		терапия мерказолилом в сочетании с левотироксином в течение 18 мес.
	*	терапия мерказолилом, после достижения эутиреоза – тотальная тиреоидэктомия
		терапия пропилтиоурацилом в течение 18 мес.
		терапия радиоактивным йодом
		терапия тиреостатиками (мерказолил, пропилтиоурацил) в сочетании с иммуномодуляторами
226		Абсолютным противопоказанием для применения мерказолила при диффузном токсическом зобе является:
	*	агранулоцитоз
		беременность
		аллергическая реакция на другой тиреостатический препарат
		гепатит в анамнезе
		возраст старше 70 лет
227		Универсальным способом профилактики йоддефицитных заболеваний в настоящее время является йодирование:
		хлеба
	*	поваренной соли
		растительного масла
		коровьего молока
		бутилированной воды
228		Наличие по данным УЗИ щитовидной железы гипоэхогенной структуры диаметром 5 мм при нормальном объеме щитовидной железы и уровне ТТГ в пределах референсных значений подтверждает:
	*	эндемический зоб
		узловой эутиреоидный зоб
		кисту щитовидной железы
229		Исследование тиреоглобулина в крови показано для диагностики:

		диффузного токсического зоба в сомнительных случаях
		вторичного гипотиреоза
	*	рецидива высокодифференцированного рака щитовидной железы после радикального лечения
		аутоиммунного тиреоидита Хашимото в III триместре беременности
		эндемического зоба в регионах с медианой йодурии 50 мкг/л
230		В первом триместре беременности при диффузном токсическом зобе предпочтительно назначение:
		мерказолила
		карбоната лития
		бета-адреноблокаторов
	*	пропицила
		тирозолоа
231		Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:
		эпидемический зоб
	*	эндемический зоб
		спорадический зоб
		хронический аутоиммунный тиреоидит
		неинфекционная эпидемия
232		Основным критерием оценки степени йодного дефицита в популяции является:
		определение уровня ТТГ
		определение объема щитовидной железы
	*	определение медианы йодурии
		определение среднего арифметического значения экскреции йода с мочой в исследуемой группе
		определение содержания йода в питьевой воде
233		Наиболее чувствительным исследованием для диагностики функциональной автономии узловых образований щитовидной железы является:
		определение уровня ТТГ высокочувствительным методом
		определение свободного Т ₃ и Т ₄
		пункционная биопсия щитовидной железы
	*	радиоизотопная сцинтиграфия щитовидной железы
		УЗИ щитовидной железы
234		Патогенез вторичного гипотиреоза связан с:
		увеличением секреции тиролиберина
		уменьшением секреции тиролиберина
		резистентностью ткани щитовидной железы к ТТГ
		увеличением секреции ТТГ
	*	уменьшением секреции ТТГ
235		Развитие гипокальциемии после проведенной тиреоидэктомии является следствием:
		гипотиреоза

		тиреотоксического криза
		травмы гортанных нервов
	*	гипопаратиреоза
		остаточных явлений тиреотоксикоза
236		Вторичный гипотиреоз отличается от первичного:
		сниженным уровнем продукции Т4
		повышенным уровнем ТТГ
	*	сниженным или нормальным уровнем ТТГ
		увеличением размеров щитовидной железы
		увеличением уровней Т3 и Т4 более, чем на 50% при тесте с тиролиберином
237		Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного тиреоидита обладает показатель уровня:
		антител к тиреоглобулину
	*	антител к тиреоидной пероксидазе
		антител к клеткам щитовидной железы
		иммуноглобулинов
		лимфоцитов в клиническом анализе крови
238		Продолжительность медикаментозной (тиреостатической) терапии диффузного токсического зоба, чаще всего, составляет:
		2-3 мес.
		4-6 мес.
		7-11 мес.
	*	12-18 мес.
		36 мес.
239		В патогенезе острого тиреоидита ключевую роль играет:
		генетическая предрасположенность
		нарушение механизмов иммунологической защиты
		дефицит йода
	*	проникновение инфекции в щитовидную железу
		травма щитовидной железы
240		Если пациент с гипотиреозом забыл принять утреннюю дозу тироксина, следует:
		принять препарат вечером
		на следующий день утром принять двойную дозу
	*	на следующий день утром принять обычную дозу тироксина
		увеличить физическую нагрузку в течение дня
		уменьшить физическую нагрузку в течение дня
241		Острый тиреоидит характеризуется:
	*	острым началом заболевания с высокой температурой
	*	местными признаками воспаления в области щитовидной железы, иногда с наличием флюктуации
	*	нейтрофильным лейкоцитозом с увеличением СОЭ
	*	болью в области шеи

242		Диагностическими критериями хронического аутоиммунного тиреоидита являются:
	*	первичный гипотиреоз
	*	наличие антител к тиреопероксидазе
	*	ультразвуковые признаки аутоиммунного тиреоидита
		тиреотоксикоз в анамнезе
		плотная и увеличенная щитовидная железа при пальпации
243		Аутоиммунный тиреоидит диагностируется, если выявлены следующие изменения:
	*	уровень антител к тиреопероксидазе значительно повышен
	*	уровень ТТГ более 7,0 мкМЕ/мл
	*	при УЗИ эхогенность ткани щитовидной железы низкая
		объем щитовидной железы у женщин менее 6 мл
		объем щитовидной железы у женщин более 18 мл
		плотная и увеличенная щитовидная железа при пальпации
244		Для лечения амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 2 типа рекомендуется применять:
	*	глюкокортикоиды
		антибактериальные препараты
		препараты йода
		тиреостатики
245		Максимальная выраженность клинических симптомов тиреотоксикоза с развитием тяжелых осложнений характерна для:
		диссеминированной функциональной автономии щитовидной железы
		мультифокальной функциональной автономии щитовидной железы
	*	болезни Грейса-Базедова
		унифокальной функциональной автономии щитовидной железы
246		Претибиальная микседема – это:
		поперечные стрии, возникающие в результате катаболического действия стероидных гормонов
		изменение подкожной клетчатки вследствие инъекций инсулина
	*	отечность, уплотнение и гипертрофия передней поверхности голени и стопы
		отложение холестерина на коже век
247		Глюкостерома - опухоль коры надпочечника, продуцирующая преимущественно:
		Андрогены
		Альдостерон
	*	Глюкокортикоиды
		Адреналин
		Эстрогены
248		Андростерома - гормонально-активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая преимущественно:
	*	Андрогены
		Альдостерон

		Эстрогены
		Глюкокортикоиды
		Адреналин
249		При острой надпочечниковой недостаточности показано введение:
		калийсодержащих растворов
		гипотонических растворов
	*	натрийсодержащих растворов
		раствора бикарбоната натрия
250		Препараты выбора для лечения артериальной гипертензии при феохромоцитоме:
	*	альфа-блокаторы
		бета-блокаторы
		антагонисты кальция
		ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
		антагонисты рецепторов ангиотензина II
251		Феохромоцитома - гормонально-активная опухоль, продуцирующая следующие гормоны:
	*	адреналин и норадреналин
		эстрогены и андрогены
		глюкокортикоиды и альдостерон
		альдостерон и андрогены
252		Повышенный уровень АКТГ при низком уровне кортизола свидетельствует:
	*	о первичном гипокортицизме
		о гиперкортицизме
		о нормальной функции коры надпочечников
		о наличии альдостеромы
		о наличии кортикотропиномы
253		Кортикоэстрома - опухоль коры надпочечников, продуцирующая преимущественно:
		Андрогены
	*	Эстрогены
		Альдостерон
		Глюкокортикоиды
		Адреналин
254		Патогенез третичной недостаточности надпочечников обусловлен:
	*	снижением секреции кортиколиберина гипоталамусом
		повышением секреции кортиколиберина гипоталамусом
		неизменной секрецией кортиколиберина
		первично сниженной секрецией АКТГ, не зависящей от секреции кортиколиберина
		врожденным дефектом в биосинтезе альдостерона
255		АКТГ-зависимыми структурами надпочечников являются:
		клубочковая и сетчатая зона коры

		клубочковая и пучковая зона коры
	*	пучковая и сетчатая зона коры
		мозговое вещество и паравентральные ганглии
256		АКТГ - независимой зоной коры надпочечников является:
	*	клубочковая зона
		пучковая зона
		сетчатая зона
		нейтральная зона
257		Глюкокортикоидные гормоны секретируются клетками:
		клубочковой зоны коры надпочечников
	*	пучковой зоны коры надпочечников
		сетчатой зоны коры надпочечников
		мозгового вещества надпочечников
258		Место синтеза минералокортикоидов – это:
		сетчатая зона коры надпочечников
	*	клубочковая зона коры надпочечников
		мозговой слой надпочечников
		гипоталамус
259		Максимальный уровень кортизола в крови наблюдается:
		в течении всех суток
		в период ночного сна
		в дневное время
	*	в ранние утренние часы
260		В мозговом веществе надпочечников секретируется:
		кортизол
		альдостерон
	*	адреналин
		гидрокортизон
261		Усиление синтеза альдостерона происходит под влиянием:
	*	ренина
		АКТГ
		кортизола
		17-оксигидроксипрогестерона
262		Действие ренина направлено на преобразование:
		Ангиотензина I в ангиотензин II
	*	Ангиотензиногена в ангиотензин I
		Цитохрома в эритропоэтин
		Проинсулина в инсулин
263		Снижение кортизола в крови менее 50 нмоль/л на фоне приема 1 мг дексаметазона свидетельствует:
	*	о нормальной функции коры надпочечников
		о вторичном гипокортицизме

		о повышенной секреции АКТГ
		о гиперкортицизме
264		Проявлением болезни Аддисона является:
	*	гиперпигментация кожи
		гипертонический криз
		гипергликемия
		прибавка массы тела
265		Типичный синдром при первичном гиперальдостеронизме:
		ортостатическая гипотония
	*	артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии
		сахарный диабет
		гиперкалиемия
266		Пациенту с первичным гиперальдостеронизмом для гипотензивной терапии следует назначать:
		Метопролол
		Гипотиазид
	*	Спиронолактон
		Нифедипин
267		Длительное повышение продукции кортизола приводит:
		к артериальной гипотензии
	*	к остеопорозу
		к гипогликемии
		к брадикардии
268		Инциденталом надпочечника – это:
	*	опухоль надпочечника, выявленная при радиологическом исследовании не по поводу данной патологии
		гормонально-неактивная опухоль
		аденома надпочечника
		гормонально-активная опухоль
269		Избыточная продукция в кровь адреналина и норадреналина наблюдается:
		при андростероме
		при хемодектоме
		при альдостероме
	*	при феохромоцитоме
270		Наиболее частой локализацией феохромоцитом является:
		симпатические узлы
	*	хромаффинная ткань мозгового вещества надпочечников
		средостение
		стенка мочевого пузыря
271		Катехоламин-продуцирующая опухоль, формирующиеся из паравертебральных ганглиев:
		Тератома
		Хемодектома

		Феохромоцитома
	*	Параганглиома
272		Криз при феохромоцитоме характеризуется:
	*	повышением АД, возбуждением, тремором, гипертермией
		гипотермией, ступором, гипотензией
		брадикардией, отеком, сонливостью
		снижением АД, головокружением, гипогликемией
273		Самая частая причина первичной надпочечниковой недостаточности это:
		Адренолейкодистрофия
		Пангипопитуитаризм
		Туберкулез
	*	Аутоиммунный адреналит
274		Синдром Уотерхауза- Фридериксена это:
		диффузный гломерулосклероз
		сочетание аутоиммунного тиреоидита и надпочечниковой недостаточности
	*	остро протекающий сепсис с кровоизлиянием в надпочечники
		токсический эпидермальный некролиз
275		К характерным жалобам больных с хронической надпочечниковой недостаточностью относится:
		повышение артериального давления
		увеличение массы тела
	*	выраженная слабость и быстрая физическая утомляемость
		повышение аппетита
276		Гиперпигментация кожи при болезни Аддисона обусловлена:
		гипербилирубинемией
	*	избыточным образованием проопиомеланокортина
		гемохроматозом
		Пеллагрой
277		При первичной надпочечниковой недостаточности наблюдается:
		Гипокальциемия
		Гипернатриемия
	*	Гиперкалиемия
		Гипергликемия
278		К минералокортикоидам относится:
		Преднизолон
	*	Флудрокортизон
		Гидрокортизон
		Дексаметазон
279		Глюкокортикоидный гормон, наиболее предпочтительный для постоянной заместительной терапии хронической надпочечниковой недостаточности:
		флудрокортизон
		преднизолон

		дексаметазон
	*	гидрокортизон
280		При сочетании надпочечниковой недостаточности и гипотиреоза рекомендуется:
	*	первичная компенсация гипокортицизма
		первичное назначение левотироксина
		одновременное назначение гидрокортизона и левотироксина
		чередование курсовых приемов гидрокортизона и левотироксина
281		У больных с хроническим гипокортицизмом при присоединении интеркуррентных заболеваний дозу глюкокортикоидов следует:
		существенно снизить суточную дозу
		оставить в прежней дозе
	*	увеличить в 2-3 раза
		отменить до разрешения простуды
282		При лечении вторичного гипокортицизма применяют:
	*	Глюкокортикоиды
		Минералокортикоиды
		Нестероидные анаболики
		Катехоламины
283		Флудрокортизон относится к группе препаратов:
		Нестероидных противовоспалительных средств
		Тиреостатиков
	*	Минералокортикоидов
		Иммуномодуляторов
284		К препаратам глюкокортикоидов относится:
		9-альфа-фторкортизол
		Пропранолол
		Доксазозин
	*	Дексаметазон
285		Определение содержания хромогранина А проводится для диагностики:
		папиллярного рака
		опухоли аденогипофиза
		парааденомы
	*	нейроэндокринной опухоли
286		Биологическая роль надпочечников заключается:
	*	в обеспечении жизнеспособности организма в условиях острого или хронического стресса
		в поддержании фосфорно-кальциевого обмена
		в поддержании гомеостаза глюкозы
		в обеспечении белоксинтезирующей функции
287		При острой надпочечниковой недостаточности противопоказано введение:
		натрийсодержащий растворов
	*	калийсодержащих растворов

		глюкозосодержащих растворов
		глюкокортикоидных препаратов
288		Секреция альдостерона увеличивается при непосредственном влиянии на его рецепторы:
		Дезоксикортикостерона
		Ангиотензина I
		Ренина
	*	Ангиотензина II
289		Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для:
		диагностики ановуляции
		выявления гиперэстрогенемии
	*	уточнения генеза гиперкортиизма
		выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла
290		Дополнительным тестом, подтверждающим первичный гиперальдостеронизм, является проба:
		с синакеном
		с дексаметазоном
		с инсулином
	*	с физиологическим раствором
291		При лечении одностороннего первичного гиперальдостеронизма используется:
		антагонисты минералокортикоидных рецепторов
	*	эндоскопическое удаление надпочечника
		глюкокортикоидные препараты
		антагонисты натриевых каналов
292		К антагонистам минералокортикоидных рецепторов относится:
	*	Эплеренон
		Кетоканазол
		Альфа-метилпаразин
		Альфа-адреноблокаторы
293		Для синдрома Уотерхауза – Фридериксена характерно:
		постепенное, в течение нескольких дней нарастание клинических симптомов
	*	внезапное коллаптоидное состояние
		развивается на фоне хронической надпочечниковой недостаточности при наличии стрессового фактора
	*	появление на коже петехиальной сыпи, подъем температуры тела
	*	клиника острой сердечной недостаточности
294		Наиболее частая причина развития хронической недостаточности надпочечников:
		туберкулез надпочечников
		синдром Уотерхауза-Фридериксена
		сифилитическое поражение надпочечников
	*	аутоиммунное поражение надпочечников

		грибковое поражение надпочечников
295	*	Первичный гиперальдостеронизм характеризуется: повышенным уровнем альдостерона при сниженном уровне ренина повышенным уровнем альдостерона и ренина сниженным уровнем альдостерона и ренина
296	*	Альдостерома - опухоль коры надпочечника, продуцирующая в основном Андрогены Альдостерон Эстрогены Глюкокортикоиды Адреналин
297	*	Повышенный уровень альдостерона при низком уровне ренина свидетельствует: о вторичном гиперальдостеронизме о гиперкортицизме о нормальной функции коры надпочечников о первичном гиперальдостеронизме о наличии кортикотропиномы
298	*	Укажите самую частую причину возникновения синдрома первичного гиперальдостеронизма: идиопатический гиперальдостеронизм альдостерома надпочечника односторонняя гиперплазия коры надпочечника глюкокортикоид-зависимый гиперальдостеронизм
299	*	Укажите тест для первичного скрининга первичного гиперальдостеронизма: определение соотношения концентрации альдостерона в плазме крови к прямой концентрации ренина/активности ренина плазмы ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона, концентрация кортизола в суточной моче, концентрация кортизола в вечерней слюне концентрация 17-ОН-прегненолона, 17-ОН-прогестерона в плазме крови концентрация метанефринов, норметанефринов в суточной моче
300	*	Диагноз первичного гиперальдостеронизма можно предположить при: гиперкалиемии повышенном уровне ренина спонтанной гипокалиемии гипергликемии
301	*	При проведении подтверждающих тестов на первичный гиперальдостеронизм диагноз подтверждается при следующих результатах теста: снижение концентрации альдостерона сохранение повышенной концентрации альдостерона снижение секреции ренина повышение секреции ренина

302		Какое лечение показано пациенту, при выявлении латерализации продукции альдостерона одним из надпочечников:
		двухсторонняя адреналэктомия
		консервативная терапия спиронолактоном
	*	односторонняя адреналэктомия
		консервативная терапия эплереноном
303		Какое лечение показано пациенту с глюкокортикоид-зависимым гиперальдостеронизмом:
		двухсторонняя адреналэктомия
		консервативная терапия спиронолактоном
	*	консервативная терапия глюкокортикоидами
		односторонняя адреналэктомия
304		Какой препарат используется для стимуляции секреции альдостерона при селективном венозном заборе крови из надпочечниковых вен:
		Октреотид
	*	Тетрокозактид
		Протирелин
		Бромокриптин
305		В активации секреции альдостерона играют роль:
		концентрация ионов кальция
		уровень кортизола крови
	*	концентрация ионов калия
	*	активация ренин-ангиотензиновой системы
306		Какие эндокринные патологии могут быть причиной вторичной артериальной гипертензии:
	*	Феохромацитома
		Гипопаратиреоз
	*	первичный гиперальдостеронизм
		вторичная надпочечниковая недостаточность
	*	синдром Кушинга
307		Какие препараты можно использовать для контроля АД перед проведением скрининга на первичный гиперальдостеронизм:
		диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, ингибиторы ренина
	*	вазодилататоры
		клонидин, метилдопа, НПВС, дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
	*	недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
	*	блокаторы α -адрено-рецепторов
308		Гормональные исследования при первичном альдостеронизме выявляют:
	*	увеличение уровня альдостерона в крови
		увеличение экскреции кортизола с мочой
	*	снижение активности ренина в крови в условиях покоя

		повышение активности ренина в крови в условиях покоя
309		Клинико-лабораторные данные при первичном гиперальдостеронизме:
		гиперкалиемия
	*	гипокалиемия
	*	гипохлоремический алкалоз
	*	щелочная реакция мочи
		гипокальциемия
310		Альдостерон вызывает следующие биологические эффекты:
	*	задержка натрия в дистальных отделах почечных канальцев
	*	секреция калия дистальными канальцами
	*	повышение артериального давления
	*	задержка жидкости
		снижение артериального давления
311		Этиологическим фактором первичного гиперальдостеронизма может быть:
	*	двухсторонняя гиперплазия надпочечников
		первичное повышение активности ренина
		нефротический синдром
	*	альдостерон продуцирующая аденома надпочечника
		синдром Баттера
312		Какие симптомы характерны для первичного гиперальдостеронизма:
	*	мышечная слабость
		артериальная гипотония
	*	жажда
		тошнота, рвота
	*	артериальная гипертензия
313		Первичная диагностика первичного гиперальдостеронизма проводится при:
	*	артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии
	*	сочетании артериальной гипертензии и произвольной (или вызванной мочегонными средствами) гипокалиемии
	*	сочетании артериальной гипертензии и инциденталомы надпочечников
		наличии инциденталомы надпочечников независимо от наличия артериальной гипертензии
	*	сочетании гипертензии и отягощенный семейный анамнез в отношении раннего развития артериальной гипертензии или острых cerebro-vascularных нарушений в возрасте до 40 лет, родственники 1 степени пациентов с ПГА, имеющие АГ
314		При первичном гиперальдостеронизме в надпочечниках выявляют:
	*	аденому клубочковой зоны коры
		аденому пучковой зоны коры
	*	двухстороннюю диффузную или микронодулярную гиперплазию клубочковой зоны коры
		неизмененные надпочечники
315		Какие препараты необходимо отменить перед проведением скрининга на

		первичный гиперальдостеронизм:
	*	диуретики
	*	бета-блокаторы, клонидин, метилдопа, НПВС
		недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов, вазодилататоры
		блокаторы α -адрено-рецепторов
	*	ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, ингибиторы ренина, дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
316		Какие дополнительные методы обследования используются для подтверждения диагноза при повышении альдостерон-ренинового соотношения:
	*	тест с пероральной натриевой нагрузкой
		тест с клонидином
	*	тест с физиологическим раствором
	*	супрессивный тест с флудрокортизоном
	*	тест с каптоприлом
317		Для определения тактики лечения первичного гиперальдостеронизма необходимо провести:
		ПЭТ с ^{18}F -фтордезоксиглюкозой в сочетании с КТ
		МРТ гипофиза
	*	селективный венозный забор крови из надпочечниковых вен
		пункционная биопсия надпочечника
	*	КТ надпочечников
318		Для диагностики глюкокортикоид-зависимого гиперальдостеронизма используется:
	*	генетическое тестирование
		селективный венозный забор крови из надпочечниковых вен
	*	супрессивный тест с дексаметазоном
	*	определение суточной экскреции 18-оксикортизола и 18-гидроксикортизола
		маршевая проба
319		Какое лечение показано пациенту, при выявлении двухсторонней гиперплазии надпочечников:
		двухсторонняя адреналэктомия
	*	консервативная терапия спиронолактоном
		односторонняя адреналэктомия
	*	консервативная терапия эплереноном
320		Для альдостеронпродуцирующей аденомы надпочечника характерно:
	*	базальный уровень альдостерона повышен, активность ренина плазмы понижена
	*	встречается в 7-15% всех случаев первичного гиперальдостеронизма
		при ортостатической нагрузке (маршевая проба) отмечается повышение уровня альдостерона
		оперативное лечение не показано
321		Какие действия стоит предпринять при неинформативном селективном венозном заборе крови из надпочечниковых вен:

	*		повторить селективный забор крови
	*		консервативное лечение антагонистами минералкортикоидных рецепторов
	*		провести одностороннюю адреналэктомию на основании результатов других исследований (например, КТ)
			провести тест с клонидином
	*		провести дополнительные исследования (маршевая проба, сцинтиграфия с йодхолестеролом)
	-	-	
322			Какая из перечисленных форм остеопороза является первичной:
	*		сенильный остеопороз
			стероидный остеопороз
			остеопороз вследствие тиреотоксикоза
			гиперпаратиреоидный остеопороз
323			К немодифицируемым факторам риска развития остеопороза относится:
			курение
	*		возраст
			гиподинамический образ жизни
			дефицит массы тела
324			К модифицируемым факторам риска развития остеопороза относится:
	*		курение
			возраст
			глюкокортикоидная терапия по поводу системных заболеваний
			наследственность
325			Какое значение Т-критерия (при проведении двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии) является диагностическим критерием остеопороза:
			меньше минус 1,0
			меньше минус 1,5
	*		меньше минус 2,5
			больше минус 2,5
326			В каких позвонках рекомендуется определять минеральную плотность костной ткани у большинства пациентов с остеопорозом:
			шейных
			верхних грудных
	*		поясничных
			нижних грудных
327			Что происходит с концентрацией фосфора в крови у пациентов с остеопорозом, получающих лечение альфакальцидолом:
	*		концентрация фосфора повышается
			концентрация фосфора снижается
			концентрация фосфора не меняется
328			Наиболее чувствительным методом выявления остеопороза является:
	*		двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия
			рентгенография костей скелета
			сцинтиграфия костной ткани

		ультразвуковое исследование периферических костей
329		Какое эндокринное заболевание является частой причиной возникновения вторичного остеопороза:
	*	болезнь Иценко-Кушинга
		идиопатический гиперальдостеронизм
		гипотиреоз
		несахарный диабет
330		Терапия какого заболевания органов дыхания может привести к возникновению вторичного остеопороза:
	*	бронхиальная астма
		плеввропневмония
		необструктивный хронический бронхит
		эхинококкоз лёгких
331		При сенильном остеопорозе чаще встречаются:
		перелом тел позвонков
	*	перелом проксимального отдела бедренной кости
		перелом рёбер
		перелом дистального отдела лучевой кости
332		Какие переломы из числа перечисленных ниже при глюкокортикоидном остеопорозе наблюдаются чаще других:
	*	перелом тел позвонков
		перелом проксимального отдела бедренной кости
		перелом рёбер
		перелом дистального отдела лучевой кости
333		Точкой приложения антирезорбтивной терапии являются:
		остеобласты
	*	остеокласты
		остеоциты
		костная матрица
		остеоид
334		Маркерами ремоделирования кости являются:
		С-терминальный телопептид
	*	остеокальцин
		пиридинолин
		оксипролин в моче
335		Антирезорбтивным эффектом обладают следующие препараты:
	*	бифосфонаты
		флавоноиды
		кальцитонин
		препараты кальция
		препараты витамина Д
336		Действие терипаратида направлено:
	*	на усиление образования и функциональной активности остеобластов

		на снижение активности остеокластов
		на снижение чувствительности к действию остеокластов
		на укрепление кристаллической решетки гидроксиапатита вместо атомов кальция
337		К противопоказаниям к использованию бисфосфонатов относится:
		гиперкальциемия
	*	гипокальциемия
		повышение уровня паратгормона
		наличие сахарного диабета
338		Паратгормон вызывает:
		повышение активности остеобластов
		снижение числа и активности остеокластов
	*	повышение числа и активности остеокластов
		снижение активности щелочной фосфатазы
339		Повышение уровня кальция в крови приводит к
	*	снижению секреции ПТГ
		повышению ТТГ
		повышению Т4
		повышению Т3
340		Основной биологический эффект кальцитонина - это:
		повышение уровня кальция в крови
	*	снижение уровня кальция в крови, фиксирование кальция в костной ткани
		стимуляция синтеза ПТГ
		снижение выделения фосфора с мочой
		ингибирование витамина Д
341		Референсный диапазон уровня общего кальция в сыворотке составляет:
		1,0-1,5 ммоль/л
	*	2,2-2,6 ммоль/л
		2,3-3,3 ммоль/л
		2,65-3,65 ммоль/л
342		Причина первичного гиперпаратиреоза:
		амилоидоз околощитовидных желез
		кровоизлияние в околощитовидные железы
	*	аденома околощитовидной железы
		аутоиммунное поражение околощитовидной железы
343		К маркерам костной резорбции относится:
		костно-специфическая щелочная фосфатаза
		остеокальцин
		P1NP
	*	C- и N-концевые телопептиды коллагена 1 типа
344		Диагностическим признаком остеомалиции является:
		повышенная прозрачность костной ткани

	*	наличие лоозеровских зон перестройки
		наличие грыж Шморля
		пониженная прозрачность костной ткани
		наличие патологических переломов
345		Для диагностики аденомы паращитовидных желез могут быть использованы методы исследования:
		рентгенографии области околощитовидных желез
	*	ультразвуковое исследование
	*	компьютерная томография
		электрокардиография
346		Для лечения гипопаратироза используют:
	*	альфакальцидол
		левотироксин
		препараты фосфора
		цинакальцет
		Для первичного гиперпаратиреоза характерно:
		снижение кальция в сыворотке крови
	*	повышение кальция в сыворотке крови
		повышение фосфора в сыворотке крови
		снижение фосфора, выделяемого почками
		снижение активности щелочной фосфатазы
347		При сканировании паращитовидных желез используют радиофармпрепарат:
	*	технетрил-99mTc
		технеций
		1-131
		1-131-19-холестерол
		радиоактивный иттрий
348		Вторичный гиперпаратиреоз отмечается при следующих состояниях:
		хронический гепатит
	*	хронической почечной недостаточности
	*	нарушения синтеза активной формы витамина Д в почках
		карцинома околощитовидной железы
		множественной эндокринной неоплазии I типа
349		Наиболее частая причина развития гипопаратиреоза:
	*	повреждение ткани околощитовидных желез при операции на щитовидной железе
		дефицит витамина Д
		лучевое повреждение паращитовидных желез
		множественные эндокринные неоплазии
		гемохроматоз
350		Для гиперпаратиреоза характерно:
		снижение активности щелочной фосфатазы
	*	повышенный кальций крови

		сниженная экскреция кальция почками
		повышенный фосфор крови
		повышенная экскреция фосфора почками
360		Анаболическое средство лечения остеопороза:
		стронция ранелат
		золендроновая кислота
		деносумаб
	*	терипаратид
361		Лабораторные изменения при первичном гиперпаратиреозе:
	*	повышение кальция в крови
		повышение фосфора в крови
		снижение экскреции кальция с мочой
	*	повышение уровня паратгормона в крови
		снижение уровня паратгормона крови
262		Интраоперационная оценка адекватности оперативного удаления аденомы околощитовидной железы оценивается:
		по нормализации суточной экскреции кальция
		по нормализации уровня кальция крови
		по нормализации уровня неорганического фосфора
	*	по снижению уровня паратгормона на 50% исходного
363		Механизм действия кальцимитетиков заключается:
		в повышении числа и активности остеобластов
		в снижении костной резорбции
	*	в повышении чувствительности кальций-сенсорных рецепторов к кальцию
		в укреплении кристаллической решетки гидроксиапатита вместо атомов кальция
364		В патогенезе первичного постменопаузального остеопороза решающее значение имеет:
	*	прекращение овариальной функции в менопаузе
		снижение физической активности в возрасте старше 60 лет
		снижение овариальной функции в течение жизни
		нарушение функции гомеостаза кальция
		генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани
365		В профилактике сенильного остеопороза наиболее рациональным является:
		прием препаратов фосфора с момента становления менопаузы
		прием препаратов витамина С
	*	прием препаратов кальция и витамина Д в сочетании с увеличением двигательной активности
		назначение эстрогенсодержащих препаратов
		диета с высоким содержанием белка и кальция.
366		При развитии первичного остеопороза раньше всего костная плотность снижается в следующих участках скелета:
	*	позвоночник

		бедро
		голень
		предплечье
		крестец
367		Повышение уровня кальция в крови приводит к следующему:
	*	секреция ПТГ понижается
		секреция ТТГ повышается
		секреция Т4 повышается
		секреция Т3 повышается
		секреция АКТГ понижается
368		Гипопаратиреоз характеризуется следующими признаками:
	*	снижением кальция в сыворотке крови;
	*	повышением фосфора в сыворотке крови
	*	снижением экскреции кальция с мочой
		повышением выведения фосфора почками
		повышением кальция в сыворотке крови
369		Риск перелома каких костей может снижаться у пациентов с остеопорозом при назначении бисфосфонатов:
	*	компрессионных переломов позвонков
		перелома бедра
		переломов рёбер
		перелома голени
370		Какой гормон стимулирует всасывание кальция в кишечнике:
	*	ПТГ
		кальцитриол
		кортизол
		кальцитонин
		тироксин
371		Почечную экскрецию кальция ингибируют:
	*	ПТГ
		кальцитриол
	*	высокое содержание фосфора в пище
	*	низкое содержание кальция в пище
		высокое содержание натрия в пище
372		Какие симптомы характерны для гипопаратиреоза:
	*	Хвостека
	*	Труссо
		Кернига
		Мориака
373		Метод выбора при лечении первичного гиперпаратиреоза:
	*	хирургическое удаление аденомы околощитовидной железы
		медикаментозное лечение препаратами витамина Д
		терапия радиоактивным йодом

		медикаментозное лечение фосфатбиндерами
374		Для вторичного гиперпаратиреоза характерно:
	*	гипокальциемия
		гиперкальциемия
		снижение уровня паратгормона
		гипофосфатемия
375		При необходимости проведения консервативного лечения первичного гиперпаратиреоза используются:
	*	кальцимиметики
		терипаратид
		тиреоидные гормоны
		глюкокортикостероиды
376		Наиболее распространенной причиной развития гиперфосфатемии является:
	*	хроническая почечная недостаточность
		острая почечная недостаточность
		печеночная недостаточность
377		К нативным препаратам витамина Д относится:
	*	колекальциферол
		альфакальцидол
		кальцитриол
		рокальтрол
378		К активным метаболитам витамина Д относится:
	*	кальцитриол
		колекальциферол
		эргокальциферол
		дегидротахистерол
379		Адекватным является уровень 25(ОН)витамина Д в крови:
	*	более 30 нг/мл
		менее 30 нг/мл
		более 100 нг/мл
		более 75 нг/мл
380		Основная функция репродуктивной системы:
		саморегуляция
		поддержание гомеостаза
	*	продолжение биологического вида
		участие в энергетических процессах
		Гормональная регуляция
381		Гормоны, синтезируемы гипофизом:
	*	пролактин
		ЛГРГ
		эстрадиол

		прогестерон
		ингибин
382		Принцип отрицательной обратной связи в регуляции репродуктивной системы характеризуется тем, что:
	*	при снижении концентрации периферических гормонов усиливаются синтез и выделение рилизинговых и гонадотропных гормонов
		в ответ на значительное повышение эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция гонадотропинов
		в ответ на снижение концентрации периферических гормонов увеличивается чувствительность рецепторов к ним
383		Принцип положительной обратной связи в регуляции репродуктивной системы характеризуется тем, что:
		при снижении концентрации периферических гормонов снижается продукция ЛГРГ
		при снижении концентрации периферических гормонов усиливаются синтез и выделение рилизинговых и гонадотропных гормонов
	*	в ответ на значительное повышение эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция ГнРГ и гонадотропинов
384		Профилактика задержки полового созревания при сахарном диабете 1 типа:
	*	компенсация сахарного диабета
		уменьшение доз инсулина
		применение бигуанидов
		применение препаратов сульфонилмочевины
385		Количественная оценка гирсутного синдрома проводится по шкале:
		Бека
		Хеллингера
		Василенко-Стражеско
	*	Ферримана-Голлвея
386		Автономная активизация гонад наблюдается при синдроме:
		Рассела-Сильвера
		МакКьюна-Олбрайта-Брайцева
	*	Ван Вика-Грамбаха
		Киари-Фроммеля
387		Реализация негативных эффектов оральных контрацептивов отмечается при использовании:
	*	высокодозированных оральных контрацептивов
		низкодозированных оральных контрацептивов
		ультранизкодозированных оральных контрацептивов
388		Для андрогенной алопеции характерно:
		диффузное облысение
	*	выпадение волос в лобно-теменных зонах
		очаговое облысение
		полное облысение

389			Нормальный возраст наступления менопаузы:
			48-52 года
			45-50 лет
	*		45-55 лет
			50-60 лет
390			Вазомоторные симптомы в перименопаузе коррелируют:
			с уровнем паратгормона
			с уровнем ТТГ
			с возрастом пациентки
	*		с толщиной комплекса интима-медиа сонной артерии
391			При генитоуринарном синдроме происходят:
	*		атрофические изменения в слизистой влагалища
			усиление кровотока в области мочевого тракта, мышц малого таза
			снижение pH влагалищной среды
392			Частота развития генитоуринарного синдрома у женщин с сахарным диабетом в менопаузе:
			30%
	*		90%
			50%
393			Предпочтительная форма менопаузальной гормональной терапии у женщин с сахарным диабетом:
			пероральная
	*		трансдермальная
			инъекционная
394			При консервативной терапии синдрома поликистозных яичников применяются:
			эстрогены
			агонисты дофамина
			андрогены
	*		комбинированные оральные контрацептивы
395			Гормон, секреция которого ингибируется при высокой концентрации в крови эстрогенов:
			прогестерон
			АКТГ
	*		ФСГ
			ТТГ
			ингибин
396			Гинекомастия – это:
			увеличение ткани молочной железы у женщин
	*		наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин
			замещение ткани грудной железы на жировую у женщин
			деформация молочных желез у женщин
			замещение ткани грудной железы на жировую у мужчин

397			У больного с синдромом Клайнфельтера спермограмма характеризуется:
			некроспермией
			нормальной спермограммой
			олигозооспермией
	*		азооспермией
			олигоастеноспермией
398			Продолжительность нормального менструального цикла:
			28-29 дней
			28-40 дней
			5-9 дней
	*		21-35 дней
			14-28 дней
399			Продолжительность нормальной менструации:
			1-3 дня
			2-5 дней
	*		3-7 дней
			5-8 дней
			3-10 дней
400			Гонадотропин-рилизинг гормон контролирует секрецию:
	*		ЛГ и ФСГ
			дофамина
			пролактина
			норадреналина
			тиролиберина
401			Эндокринная функция яичек заключается в продукции:
			сперматозоидов
			эстрогенов
	*		андрогенов
			глюкокортикостероидов
			пролактина
402			Синтез гонадотропин-рилизинг гормона осуществляется в:
			передней доле гипофиза
			задней доле гипофиза
	*		ядрах гипоталамуса
			нейронах коры большого мозга
			в нейронах мозжечка
403			Для стимуляции овуляции применяют:
			дюфастон
			дориксазу
			премарин
	*		кlostилбегит
404			Основными стероидпродуцирующими тканями яичников являются:

	*	гранулеза, текальная оболочка
		белочная оболочка
		поверхностный эпителий
		строма
405		Норма уровня общего тестостерона в крови у мужчин:
	*	12,1-35 нмоль/л
		12,1-35 нг/мл
		12,1-35 нмоль/дл
		12,1-35 нг/дл
406		Первичный гипогонадизм наблюдается:
		при синдроме Паскулиани
		при синдроме Калманна
		при пролактиноме
	*	при анорхизме
407		Гипогонадотропный гипогонадизм наблюдается:
		при анорхизме
		при крипторхизме
		при синдроме Клайнфельтера
	*	при синдроме Калманна
408		Определение уровня тестостерона для исключения гипогонадизма рекомендуется:
		при узловом эутиреоидном зобе
	*	при сахарном диабете 2 типа с избыточной массой тела
		у мужчин моложе 40 лет
		при нарушении сна
409		Нарушение морфологии сперматозоидов по данным спермограммы называется:
		астенозооспермия
	*	тератозооспермия
		олигозооспермия
		азооспермия
410		Выработку тестостерона в яичках контролирует:
		лютеинизирующий гормон
	*	фолликулостимулирующий гормон
		адренкортикотропный гормон
		тиреотропный гормон
411		Для андрогенной алопеции характерно:
		диффузное облысение
	*	выпадение волос в лобно-теменных зонах
		очаговое облысение
		полное облысение
412		Гормоны, синтезируемые яичником:

	*	прогестерон
	*	эстрадиол
		фолликулостимулирующий гормон
		лютеинизирующий гормон
		гонадотропин-рилизинг гормон
413		Факторы, негативно влияющие на становление женской репродуктивной системы:
	*	курение
	*	раннее начало половой жизни
	*	экологические факторы
	*	отклонения веса
		качественный метаболический контроль
414		При подозрении на гипогонадизм в обследование входит определение уровней:
	*	общего тестостерона
	*	Глобулина, связывающего половые стероиды
		АКТГ
	*	ЛГ
415		Лютеиновая фаза менструального цикла характеризуется:
		ростом и развитием фолликулов;
	*	секрецией прогестерона;
		низкой базальной температурой;
		секрецией эстрогенов;
		различной продолжительностью.
416		Критерии диагностики синдрома поликистозных яичников:
	*	поликистозные яичники по данным УЗИ
	*	олиго- ановуляция
	*	клинические/биохимические признаки гиперандрогении
	*	исключение других патологий
		повышение эстрадиола
417		Требования к современным методам контрацепции:
		парентеральный путь доставки
	*	быстрое восстановление фертильности после отмены контрацепции
	*	высокая надежность
	*	максимальная безопасность
	*	защита от инфекций
418		Предпочтительная форма эстрогенов для менопаузальной гормональной терапии у женщин с сахарным диабетом:
	*	низкодозированная
		среднедозированная
		высокодозированная
	*	ультранизкодозированная
419		Использование трансдермальных форм для менопаузальной гормональной терапии у женщин с сахарным диабетом:

	*	снижает риск инфаркта миокарда
		повышает риск инсульта
	*	не повышает риск инсульта
	*	снижает уровень артериального давления
420		Противопоказания к назначению менопаузальной гормональной терапии:
	*	кровотечение из половых путей неясного генеза
	*	рак молочной железы, эндометрия, яичников
		хронический гепатит
	*	острый тромбоз глубоких вен
		варикозная болезнь вен нижних конечностей
421		Показания для назначения менопаузальной гормональной терапии:
	*	вазомоторные симптомы с изменением настроения, нарушением сна
	*	симптомы генитоуринарного синдрома, сексуальная дисфункция
		кровотечение из половых путей неясного генеза
		низкое качество жизни, связанное с климактерием, включая артралгии, мышечные боли, снижение памяти
		профилактика и лечение остеопороза
422		Развитие синдрома Шиена может быть обусловлено:
	*	гипоксией гипофиза
	*	некрозом гипофиза
	*	инфарктом гипофиза
		поражением гипоталамуса
		аутоиммунным поражением надпочечников
423		При синдроме Шиена необходимо назначить:
	*	половые гормоны
	*	тиреоидные гормоны
	*	глюкокортикоиды
		тиреостатики
		гормон роста
424		Развитию гинекомастии способствует применение:
		спазмолитиков
		ацетилсалициловой кислоты
	*	препаратов хорионического гонадотропина
		ибупрофена
	*	спиронолактона
425		Лабораторные маркеры синдрома Шерешевского-Тернера:
	*	повышение уровня гонадотропных гормонов
	*	снижение уровня эстрогенов
		повышение уровня гормона роста
	*	снижение ИФР-1
		снижение ТТГ
426		Клиническими проявления синдрома Клайнфельтера являются:
	*	недоразвитость половых органов

	*	гинекомастия
	*	бесплодие
		низкорослость
		пропорциональное телосложение
427		Возможные причины гипогонадизма у мужчин:
	*	избирательное выпадение секреции ЛГ
	*	избирательное выпадение секреции ФСГ
	*	опухоль гипофиза
		гемохроматоз
		избыточная продукция АКТГ
428		Для синдрома Клайнфельтера характерно:
	*	развитие заболевания только у мужчин
	*	положительный половой хроматин
	*	гипогонадизм
		гипотиреоз
	*	бесплодие
429		Лекарственные препараты для лечения ожирения назначают при:
		индексе массы тела менее 19 кг/м ²
		индексе массы тела более 19 кг/м ²
		индексе массы тела менее 27 кг/м ²
	*	ожирении, осложненном депрессией
430		Расстройство приёма пищи, характеризующееся значительно сниженным весом тела, преднамеренно вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса:
		ожирение
		булимия
	*	нервная анорексия
		гипотрофия
431		Распространенность ожирения в России составляет:
	*	20%-30% людей трудоспособного возраста;
		40% людей трудоспособного возраста;
		5% людей трудоспособного возраста;
		70% людей трудоспособного возраста.
		60% людей трудоспособного возраста;
432		Ожирение I степени диагностируют при ИМТ:
		18,5-24,9 кг/м ²
		25-29,9 кг/м ²
	*	30-34,9 кг/м ²
		35-39,9 кг/м ²
		≥40 кг/м ²
433		Ожирение II степени диагностируют при ИМТ:
		18,5-24,9 кг/м ²
		30-34,9 кг/м ²

		25-29,9 кг/м ²
	*	35-39,9 кг/м ²
		≥40 кг/м ²
434		Ожирение III степени диагностируют при ИМТ:
		18,5-24,9 кг/м ²
		30-34,9 кг/м ²
		25-29,9 кг/м ²
		35-39,9 кг/м ²
	*	≥40 кг/м ²
435		Нормальное значение ИМТ:
	*	18,5-24,9 кг/м ²
		30-34,9 кг/м ²
		<18,5 кг/м ²
		25-29,9 кг/м ²
		35-39,9 кг/м ²
436		Дефицит массы тела соответствует ИМТ:
	*	<18,5 кг/м ²
		18,5-24,9 кг/м ²
		30-34,9 кг/м ²
		35-39,9 кг/м ²
		25-29,9 кг/м ²
437		Рекомендованный рацион питания для пациента с ожирением:
		щадящий вариант диеты
	*	низкокалорийный вариант диеты
		высокобелковый вариант диеты
		основной вариант диеты
438		При сгорании 1 г пищевых жиров выделяется:
		4 ккал
		6 ккал
		8 ккал
	*	9 ккал
		20 ккал
439		При сгорании 1 г белков выделяется:
	*	4 ккал
		6 ккал
		8 ккал
		9 ккал
		20 ккал
440		К сложным углеводам относится:
		фруктоза
		сахароза
		лактоза
	*	крахмал

		глюкоза
441		Какие из перечисленных фармакодинамических эффектов характерны для сибутрамина, применяемого для лечения ожирения:
	*	возбуждение центров насыщения в гипоталамусе
	*	стимуляция термогенеза
	*	повышение основного обмена
		замедление эвакуации желудочного содержимого
		подавление всасывания жиров в кишечнике
442		Обследование пациента с ожирением включает:
	*	исследование липидного спектра крови
	*	оральный глюкозотолератный тест
	*	измерение АД, при необходимости суточное мониторирование АД
		исследование суточной экскреции метилированных катехоламинов
		исследование уровня антител к рецепторам ТТГ
443		Для лечения ожирения применяются:
		препараты гормонов щитовидной железы
	*	стимуляторы центров насыщения в гипоталамусе (аноректические препараты)
		бигуаниды
	*	Препараты, нарушающие всасывание жиров в кишечнике
444		Эндокринными причинами вторичного ожирения могут быть:
		гипокортицизм
	*	болезнь Иценко-Кушинга
	*	гипогонадизм
	*	гипотиреоз
		болезнь Грейвса
445		Генетическими заболеваниями, сопровождающимися ожирением, являются:
	*	синдром Прадера-Вилли
		синдром Марфана
	*	синдром Барде-Бидля
	*	синдром Берьесона-Форссмана-Леманна
446		Прием каких лекарственных препаратов может сопровождаться прибавкой массы тела:
		трициклических антидепрессантов
	*	глюкокортикоидов
		препаратов гормонов щитовидной железы
	*	инсулина
	*	препаратов сульфонилмочевины
447		Рекомендации по коррекции образа жизни для профилактики сахарного диабета 2 типа у пациентов с избыточной массой тела включают:
	*	регулярная физическая активность не менее 30 минут в день
		ежедневные силовые нагрузки высокой интенсивности

	*	увеличение потребления пищевых волокон (клетчатки)
		увеличение потребления поваренной соли
448		Оценка состава тела методом биоимпедансометрии позволяет определить:
	*	массу жира (кг, %)
	*	массу скелетных мышц
	*	общее содержание воды в организме
		массу миокарда
449		К факторам риска возникновения ожирения относятся:
	*	депрессивные расстройства
		сахарный диабет типа 1
	*	малоподвижный образ жизни
	*	возрастной гипогонадизм
	*	генетическая предрасположенность к ожирению
450		Суточная потребность в энергии человека определяется следующими факторами:
	*	возраст
	*	характер трудовой деятельности
	*	масса тела
		расовая принадлежность
451		Основными проявлениями синдрома Пиквика являются:
	*	морбидное ожирение
		алопеция
	*	сонливость
	*	гиповентиляция
		гипохолестеринемия
452		Факторами нарушения питания человека являются:
	*	переедание
		умеренные физические нагрузки
	*	недоедание
	*	несбалансированность питания
	*	хронические заболевания
453		Недостаток кальция в питании может проявляться следующими заболеваниями и состояниями:
	*	остеопения
		ревматоидный артрит
	*	остеопороз
	*	кариес
		нарушение работы органов ЖКТ
454		Перечислите продукты, которые являются основными источниками кальция в питании человека:
	*	молоко
	*	сыр
	*	кефир
		томаты

	*	творог
455		Высокая распространенность ожирения в развитых странах объясняется:
		наличием сбалансированного регулярного питания
		недостатком в рационе питания белка
	*	избытком жира в рационе питания
		недостатком в рационе питания клетчатки
		недостатком витаминов группы В и Д
456		После проведения бариатрических операций по поводу морбидного ожирения могут появиться перечисленные ниже метаболические осложнения:
	*	снижение содержания сывороточного железа
	*	дефицит витамина В12
		гипокальциемия
	*	гипопротеинемия
457		Для лечения алиментарно-конституционального ожирения применяются:
	*	ингибиторы липазы пищеварительного тракта
		ингибиторы расщепления олигосахаридов и дисахаридов (акарбоза)
		синтетические катехоламины (фенилпропаноламин)
		гормоны щитовидной железы
458		Для ожирения характерны следующие метаболические изменения:
	*	повышение уровня общего холестерина
		повышения уровня липопротеидов высокой плотности
	*	повышение уровня липопротеидов низкой плотности
		снижение уровня триглицеридов
459		К факторам риска, способствующим развитию ожирения относятся:
	*	наследственность
	*	изменения структуры питания
	*	снижение физической активности населения
		возраст старше 40 лет
460		Заболевания, часто развивающиеся на фоне ожирения:
	*	неалкогольная жировая болезнь печени
		язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
		неспецифический язвенный колит
	*	синдром поликистозных яичников
461		Лираглутид – препарат, применяющийся для лечения ожирения, относится к группе:
	*	аналогов человеческого глюкагоноподобного пептида-1
		инибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
		ингибиторов кишечной липазы
		ингибиторов дипептидилпептидазы-4
462		Алиментарные факторы, способствующие развитию ожирения:
	*	увеличение калорийности рациона
		употребление овощей в больших количествах

	*	преобладание в рационе животных жиров
	*	избыточное употребление углеводов
463		Заболевания, ассоциированные с ожирением:
		узловой зоб
		гломерулонефрит
	*	сахарный диабет
		рак молочной железы
		неспецифический язвенный колит
464		У человека индивидуальный расход энергии зависит от следующих факторов:
	*	основной обмен
	*	физическая активность
		жировой обмен
		углеводный обмен
465		Ожирение чаще развивается при преобладании в рационе:
		белков
		грубоволокнистых углеводов
	*	жиров
		поваренной соли
		мясных продуктов
466		В понятие «Метаболический синдром» у взрослых входят:
	*	артериальная гипертензия
	*	абдоминальное ожирение
	*	инсулинорезистентность
	*	дислипидемия
		гипотиреоз
467		Основным патогенетическим звеном метаболического синдрома является:
		гиперлептинемия
	*	инсулинорезистентность
		дисфункция эндотелия
		дефицит синтеза инсулина
		гиперурикемия
468		Основными принципами диетотерапии при ожирении являются:
		исключение всех жиров
	*	снижения калорийности
		исключение сложных углеводов
		уменьшение клетчатки в рационе
	*	увеличение клетчатки в рационе
469		При ожирении избыток жировой ткани у женщин:
	*	усугубляет проявления синдрома поликистозных яичников
		приводит к развитию гипотиреоза
		уменьшает проявления синдрома поликистозных яичников
		снижает инсулинорезистентность

470		Снижение массы тела при использовании Лираглутида происходит за счет:
	*	снижения аппетита
		активации липолиза
		увеличения 24-часового расхода энергии
		подавления секреции инсулина
471		Целью консервативного лечения ожирение является снижение массы тела на:
	*	5-10% в течение 3-6 месяцев и удержание результата
		30-40% в течение 3-6 месяцев и удержание результата
		на 10 кг за 1 год
		5-10 кг в течение 3-6 месяцев
472		Показания к отмене препарата Сибутрамин при лечении ожирения:
	*	учащение пульса более чем на 10 ударов в минуту
		снижение массы тела более 2 кг за 1 месяц
		отсутствие эффекта через 2 недели приема
		потеря аппетита
473		Показания к хирургическому лечению ожирения:
	*	ИМТ более 40 кг/м ²
		ИМТ более 30 кг/м ²
		ожирение по центральному типу
	*	ИМТ 35–40 кг/м ² при наличии сопутствующих ожирению заболеваний, при которых следует ожидать улучшения по мере снижения массы тела (сахарный диабет 2 типа, заболевания сердечно-сосудистой системы, поражение суставов, СОАС)
474		Гестационный сахарный диабет характеризуется гипергликемией, выявленной:
		при планировании беременности
	*	впервые при беременности
		до настоящей беременности
		после родоразрешения
475		Пероральный глюкозотолерантный тест для скрининга гестационного сахарного диабета проводится на сроке:
		20-24 недели беременности
		22-24 недели беременности
	*	24-28 недели беременности
		30-32 недели беременности
476		С увеличением срока беременности потребность в инсулине:
	*	повышается
		не меняется
		снижается
		снижается во 2м триместре и повышается в 3м триместре
477		К факторам риска развития гестационного сахарного диабета относятся:
	*	гестационный сахарный диабет в анамнезе

		наличие дислипидемии
		артериальная гипертензия в анамнезе
	*	глюкозурия во время предшествующей или данной беременности
478		Какой уровень гликемии в венозной плазме натощак свидетельствует в пользу гестационного сахарного диабета:
		любой уровень, превышающий 5,1 ммоль/л
	*	5,1 – 6,9 ммоль/л
		6,1 – 6,9 ммоль/л
		7,0 ммоль/л и больше
479		Какой уровень гликемии в венозной плазме глюкозы свидетельствует в пользу гестационного сахарного диабета при проведении перорального глюкозотолерантного теста:
		7,0 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
		7,8 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
		9,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
	*	10,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
480		Целевой уровень гликемии в препрандиальной венозной плазме у беременных с гестационным сахарным диабетом:
	*	меньше 5,1 ммоль/л
		меньше 5,5 ммоль/л
		меньше 6,1 ммоль/л
		меньше 7,0 ммоль/л
481		Целевой уровень гликемии у беременных с гестационным сахарным диабетом через 1 час после еды:
	*	меньше 7,0 ммоль/л
		меньше 8,0 ммоль/л
		меньше 9,0 ммоль/л
		меньше 10,0 ммоль/л
482		Какой уровень гликемии в постпрандиальной венозной плазме свидетельствует в пользу гестационного сахарного диабета при проведении перорального глюкозотолерантного теста:
		7,8 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
	*	8,5 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
		9,0 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
		9,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
483		Возможные варианты лечения сахарного диабета во время беременности:
		только немедикаментозное лечение (любые сахароснижающие препараты запрещены):
		немедикаментозное лечение и препараты инкретинового ряда
		немедикаментозное лечение и препараты сульфонилмочевины
	*	немедикаментозное лечение и инсулинотерапия
484		Для лечения артериальной гипертензии у беременных можно использовать препарат:
		Эналаприл

	*	Метилдопа
		Лозартан
		Валсартан
485		Для лечения сахарного диабета у беременных можно использовать:
		меглитиниды
		тиазолидиндионы
		ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
		ингибиторы дипептидилпептидазы-4
	*	инсулин
486		Основной целью лечения болезни Грейвса-Базедова во время беременности является:
		поддержание низконормального уровня свободного Т4 и высоконормального уровня ТТГ
	*	поддержание уровня свободного Т4 на верхней границе нормы или несколько выше нормы при минимальном назначении тиреостатиков
		нормализация уровня ТТГ и общего Т4
		нормализация уровня антител к рецептору ТТГ
487		Гестационный сахарный диабет может быть причиной следующих неблагоприятных изменений:
		многоплодной беременности
	*	повышения риска возникновения эклампсии
	*	повышения риска развития дистресс-синдрома плода
		возникновения брадикардии у плода
	*	повышения риска возникновения преэклампсии
488		У больных первичным гипотиреозом доза Левотироксина во время беременности повышается:
	*	до 2,3 мкг/кг массы тела
		до 1,6 мкг/кг массы тела
		до 10 мкг/кг массы тела
		не меняется
489		Развитию инсулинорезистентности во время беременности способствуют следующие факторы:
		расширение физической активности
	*	повышение содержания в крови гормонов фетоплацентарного комплекса
	*	гиподинамия
	*	увеличение массы висцерального жира у беременной
		потребление более 3 г поваренной соли в сутки
490		Профилактика йоддефицита во время беременности обеспечивается приемом:
		100 мкг йодида калия
		100 мкг Левотироксина
	*	200-250 мкг йодида калия
		раствора Люголя
491		Какой из перечисленных ниже препаратов предпочтительно применять в

		первом триместре беременности для лечения болезни Грейвса-Базедова:
		раствор Люголя
		тиамазол
	*	пропилтиоурацил
		атенолол
492		Какую схему лечения рекомендовано использовать для купирования тиреотоксикоза при болезни Грейвса:
	*	«блокируй»
		«блокируй - замещай»
		«замещай»
493		Беременным с гипопаратиреозом, протекающим с клиническими проявлениями гипокальциемии, показано лечение, включающее:
		диета, богатая кальцием + препараты витамина Д
	*	диета, богатая кальцием + препараты кальция + препараты витамина Д
		диета, богатая кальцием + препараты кальция
		интактный рекомбинантный человеческий паратгормон
494		Целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентов с СД на этапе планирования беременности:
	*	менее 6,0%
		менее 7,0%
		6,5% - 7,0%
		6,0% - 6,5%
495		Для женщины с сахарным диабетом зачатие нежелательно:
		при длительной инсулинотерапии
	*	при тяжелой нефропатии с уровнем креатинина сыворотки более 120 мкмоль/л
		при ИМТ 20-25 кг/м ²
		при длительности сахарного диабета более 5 лет
496		Уровень гликемии в постпрандиальной венозной плазме, свидетельствующий в пользу манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета при проведении перорального глюкозотолерантного теста при беременности:
		≥ 7,8 ммоль/л через 1 час и 2 часа после приёма глюкозы
		≥ 8,5 ммоль/л через 1 час после приёма глюкозы
		≥ 9,5 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
	*	≥ 11,1 ммоль/л через 2 часа после приёма глюкозы
497		Беременность, развившаяся на фоне СД, сопровождается:
	*	риском прогрессирования сосудистых осложнений(ретинопатии, нефропатии, ИБС)
		более стабильным течением сахарного диабета
		риском развития многоплодной беременности
		снижением риска гипогликемий
498		Возможные подходы к лечению тиреотоксикоза (различной этиологии) при беременности:

	*	медикаментозная терапия бета-блокаторами
	*	медикаментозная терапия тиреостатиками
		радийодтерапия
	*	хирургическое лечение
499		Если у пациентки, находящейся в третьем триместре беременности, выявлено небольшое снижение уровня Т4 св. (при уровне ТТГ менее 2,5 мЕд/л), то это состояние обозначается как:
		субклинический гипотиреоз
		первичный гипотиреоз
	*	изолированная гестационная гипотироксинемия
		акушерская патология
500		Какие из перечисленных ниже препаратов инсулина разрешено назначать беременным с сахарным диабетом:
	*	лизпро
	*	протафан НМ
		дегludeк
	*	новорапид
		апидра
501		При гестационном сахарном диабете, протекающем без признаков фетопатии, назначают:
	*	диету с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров, а также самоконтроль гликемии, по результатам которого решается вопрос о назначении инсулинотерапии
		диету с полным исключением жиров и бигуаниды
		самоконтроль гликемии, по результатам которого решается вопрос о назначении препаратов сульфонилмочевины
		диету с ограничением легкоусвояемых углеводов
		немедленно начинают инсулинотерапию
502		Диабетическая фетопатия характеризуется следующими признаками:
	*	большой размер плода
	*	гепато-спленомегалия
		Врожденные пороки сердца
	*	нарастающее многоводие
		формирования гистонесовместимости матери и плода
503		К факторам риска развития гестационного сахарного диабета относятся:
		ИМТ до беременности менее 25 кг/м ²
		Дефицит массы тела
	*	СД у ближайших родственников
		аутоиммунный тиреоидит
	*	отягощенный акушерский анамнез (рождение ребенка весом ≥ 4000 г, перинатальная гибель плода)
504		Особенности течения сахарного диабета типа 1 у беременных женщин:
	*	в первом триместре беременности потребность в инсулине снижается или не меняется
		в первом триместре беременности повышается потребность в инсулине

		с 36-й недели беременности ухудшается течение диабета (возрастает потребность в инсулине, повышается склонность к кетоацидозу)
		с 6-8-й недели беременности диабет приобретает более стабильное течение (снижается риск развития кетоацидоза)
505		Тестом первого уровня в диагностике дисфункции щитовидной железы в I триместре беременности является:
		определение уровня свободного тироксина
		определение уровня общего тироксина
		определение уровня тироксин-связывающего глобулина
	*	определение уровня ТТГ
		определение уровня трийодтиронина
506		Референсный диапазон уровня ТТГ в I триместре беременности:
		0,2-3,0 мЕд/л
	*	0,1-2,5 мЕд/л
		0,4-4,0 мЕд/л
		0,3-3,0 мЕд/л
		0,1-4,0 мЕд/л
507		1я фаза скрининга гестационного сахарного диабета проводится на сроке:
		6-8 недель
	*	при первом обращении беременной к врачу
		24-28 недель
		20-24 недели
508		В качестве гипотензивной терапии у больных сахарным диабетом во время беременности допустимо применение:
		ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
	*	селективных β -адреноблокаторов
	*	метилдопы
		блокаторов рецепторов к ангиотензину
	*	антагонистов кальция
509		В первом триместре беременности при диффузном токсическом зобе предпочтительно назначение:
		мерказолила
		карбоната лития
		бета-адреноблокаторов
	*	пропицила
		тирозол
510		Гестационный сахарный диабет характеризуется:
	*	манифестацией во 2-ом триместре беременности
		наличием четкой связи с генами главного комплекса гистосовместимости
		частой манифестацией у женщин моложе 25 лет
		необходимостью прерывания беременности
511		У женщин с послеродовым тиреоидитом значительно повышен риск развития:
		подострого тиреоидита

		болезни Грейвса-Базедова
	*	гипотиреоза
		узлового зоба
512		В лечении тиреотоксической фазы послеродового тиреоидита при выраженной тахикардии используют:
		Тиреостатики
	*	Бета-блокаторы
		Левотироксин
		Альфа-блокаторы
513		Через какой период времени после родоразрешения рекомендуется проведение перорального глюкозотолерантного теста для реклассификации состояния после перенесенного гестационного сахарного диабета:
		24-28 недель
	*	6-12 недель
		2 недели
		14-18 недель
514		Уровень гликемии в венозной плазме натощак, свидетельствующий в пользу манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета при беременности:
		любой уровень, превышающий 5,1 ммоль/л
		5,1 – 6,9 ммоль/л
		6,1 – 6,9 ммоль/л
	*	7,0 ммоль/л и более
515		Субклинический тиреотоксикоз во время беременности в первом триместре беременности:
	*	может быть проявлением тиреостимулирующего действия хорионического гонадотропина человека
		требует обязательного назначения тиреостатической терапии
		является показанием к аборту
		требует проведения сцинтиграфии
516		Лечение тиреотоксикоза по схеме «блокируй – замещай» противопоказано:
		лицам пожилого возраста
	*	при беременности
		подросткам
		в постменопаузе
517		Абсолютным противопоказанием к проведению радиойодтерапии является:
		молодой возраст
		пожилой возраст
		наличие сахарного диабета
	*	беременность
518		Для тиреотоксической фазы послеродового тиреоидита характерно:
		повышение титра антител к рецептору ТТГ

	*	снижение захвата радиоiodа щитовидной железой при скintiграфии
		преимущественное повышение уровня Т3 крови
		увеличенный объем щитовидной железы
519		Подавление продукции ТТГ во время беременности обусловлено:
		избыточной секрецией пролактина
		развитием болезни Грейвса Базедова
		деструкцией щитовидной железы
	*	стимулирующим влиянием хорионического гонадотропина на синтез тиреоидных гормонов
520		В группу риска развития гипотиреоза во время беременности входят женщины:
		с узловым эутиреоидным зобом
	*	с носительством антител к ТПО
		с семейной предрасположенностью к развитию узлового зоба
		с сахарным диабетом 2 типа
521		Решение о назначении инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете принимается:
		через 1 месяц при недостижении целевых уровней гликемии на фоне диетотерапии
	*	через 1-2 недели при недостижении целевых уровней гликемии на фоне диетотерапии
		сразу после постановки диагноза
		перед родоразрешением
522		Большая масса тела ребенка при сахарном диабете может быть обусловлена:
	*	гипергликемией
		гипоинсулинизмом плода
		снижением уровня плацентарного лактогена
		повышением уровня АКТГ
523		Повышение уровня тироксин-связывающего глобулина во время беременности способствует повышению содержания:
		свободных фракций тироксина и трийодтиронина
	*	общего тироксина и трийодтиронина
		ТТГ
		пролактина
524		Субклиническая форма аутоиммунного полигландулярного синдрома представляет собой:
		наличие одного аутоиммунного заболевания
	*	сочетание одного аутоиммунного заболевания с серологическими маркерами других составляющих аутоиммунного синдрома
		наличие двух манифестных заболеваний эндокринных желез
		наличие серологических маркеров поражения эндокринных желез
525		Патогномоничным для развития первичной:
		надпочечниковой недостаточности аутоиммунного

		гене́за является
	*	наличие антител к 21-гидроксилазе
	*	наличие антител к ткани коры надпочечников
		наличие антител к β -клеткам поджелудочной железы
		наличие антител к эндомиозию
526		Патогномоничным для развития аутоиммунных заболеваний щитовидной железы является:
		наличие антител к 21-гидроксилазе
	*	наличие антител к тиреоглобулину
	*	наличие антител к ТПО
		наличие антител к эндомиозию
		наличие антител к париетальным клеткам желудка
527		Патогномоничным серологическим маркером для развития сахарного диабета 1 типа является:
		наличие антител к 21-гидроксилазе
	*	наличие антител к глутаматдекарбоксилазе
	*	наличие антител к β -клеткам поджелудочной железы
		наличие антител к эндомиозию
	*	наличие антител к тирозинфосфатазе
528		При выявлении аутоиммунного гипотиреоза перед назначением заместительной терапии препаратами левотироксина важно исключить:
	*	первичную надпочечниковую недостаточность
		целиакию
		пернициозную анемию
		атрофический гастрит
529		При аутоиммунном полигландулярном синдроме при повышении уровня антител к 21-гидроксилазе проводится исследование:
	*	уровня базального кортизола
	*	уровня АКТГ
	*	активности ренина плазмы
	*	проведение теста с синактеном
		суточной экскреции метанефрина, норметанефрина
530		Начало терапии препаратами левотироксина у пациентов с аутоиммунным гипотиреозом и недиагностированной болезнью Аддисона может спровоцировать:
		развитие ятрогенного тиреотоксикоза
	*	манифестацию надпочечниковой недостаточности и развитие
		адреналового криза
		нормализацию функции коры надпочечников
		развитие эндокринной офтальмопатии
531		Принципы терапии при одновременном выявлении надпочечниковой недостаточности и первичного гипотиреоза:
	*	в первую очередь назначается терапия минерало- и глюкокортикоидами
		в первую очередь назначаются препараты левотироксина
	*	препараты левотироксина присоединяются после полной компенсации

		ХНН
		препараты минерало- и глюкокортикоидов назначаются после компенсации гипотиреоза
532		У пациентов с СД1 тенденция к учащению гипогликемических состояний, требующая уменьшения дозы инсулина, может быть первым признаком:
		излечения от СД1
	*	манифестации болезни Аддисона
		гипогонадизма
		целиакии
533		Критерии постановки диагноза аутоиммунного полигланулярного синдрома 1 типа:
		достаточно одного классического симптома (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность)
	*	необходимо наличие минимум двух характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность)
		необходимо наличие всех трех характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность)
		необходимо наличие трех характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность) и одного дополнительного
534		Основой терапии аутоиммунных полигланулярных синдромов является:
		терапия иммуносупрессантами
	*	заместительная гормональная терапия
		антибактериальная терапия
		терапия стволовыми клетками
535		При сахарном диабете 1 типа для исключения аутоиммунного полигланулярного синдрома рационально проводить исследования:
	*	уровня ТТГ
	*	уровня кортизола в крови
		уровня пролактина
		уровня ИФР-1
536		Маркером медуллярного рака щитовидной железы является:
		альфа-фетопротеин
	*	кальцитонин
		СА 19-9
		паратгормон
		тиреоглобулин
537		Повышенный уровень кальцитонина в крови является маркером:
		токсической аденомы щитовидной железы
		папиллярного рака щитовидной железы
		фолликулярного рака щитовидной железы
	*	медуллярного рака щитовидной железы
		лимфомы
538		Медуллярный рак щитовидной железы:

		проявляется повышенной продукцией тиреоидных гормонов
		развивается из фолликулярного эпителия щитовидной железы
		отличается редким метастазированием в лимфатические узлы
	*	является частью синдрома множественной эндокринной неоплазии 2 типа
539		К особенностям первичного гиперпаратиреоза при синдроме Вермера относится:
		поздний возраст дебюта заболевания
		солитарная гиперплазия околощитовидной железы
	*	гиперплазия всех околощитовидных желез
		наличие половой принадлежности
540		Феохромоцитома при МЭН-2 характеризуется _____ локализацией:
	*	двусторонней надпочечниковой
		правосторонней надпочечниковой
		левосторонней надпочечниковой
		вненадпочечниковой
541		Ген, отвечающий за развитие синдрома МЭН-1, кодирует белок:
	*	менин
		С-пептид
		прокальцитонин
		проинсулин
542		Профилактическая тиреоидэктомия при семейной форме МЭН-2 типа проводится с целью предотвращения и манифестации:
	*	медуллярного рака щитовидной железы
		диффузного токсического зоба
		аутоиммунного тиреоидита
		феохромоцитомы
		анapластического рака щитовидной железы

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Сбор анамнеза, внешний осмотр больного, составление программы клинического обследования;
2. пальпация щитовидной железы;
3. аускультация легких;
4. аускультация сердца;
5. аускультация сосудов;
6. перкуссия и пальпация внутренних органов;
7. измерение артериального давления;
8. обследование периферических сосудов;
9. обследование центральной нервной системы (умение оценить степень расстройства сознания, нарушение речи, памяти);
10. обследование периферической нервной системы (автономные органные нарушения);
11. вегетативной нервной системы (двигательные и чувствительные нарушения);

12. оценка показателей периферической крови, биохимического исследования (общий белок и его фракции, ферменты, мочевины и креатинин, электролиты, липидный спектр, активность воспалительного процесса);
13. оценка кислотно-основного баланса крови;
14. оценка иммунохимического исследования крови;
15. оценка показателей общего анализа мочи;
16. оценка пробы по Нечипоренко;
17. оценка пробы по Зимницкому;
18. оценка пробы Реберга;
19. оценка состояния углеводного обмена: уровень гликемии и глюкозурии, кетоза и кетоацидоза, гликированного гемоглобина, иммуно-реактивного инсулина, С-пептида, степени инсулинорезистентности;
20. проведение и интерпретация глюкозо-толерантного теста;
21. интерпретация данных гормональных исследований;
22. расшифровка и оценка ЭКГ;
23. анализ рентгенограммы органов грудной клетки, краниографии, спондилографии, костей, суставов;
24. анализ данных УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, надпочечников, компьютерной томографии эндокринных желез;
25. оценка уровня антител к щитовидной железе, инсулину, надпочечникам;
26. анализ данных цитологического исследования ткани щитовидной железы (по данным ТАБ);
27. пальпация щитовидной железы;
28. расчет объема щитовидной железы по общепринятой формуле;
29. составление плана эпидемиологических исследований для выявления йоддефицитных заболеваний с использованием стандартных показателей (медиана йодурии, частота зоба);
30. расчет индивидуальной диеты для больных сахарным диабетом;
31. подбор инсулинотерапии для пациента с сахарным диабетом 1 или 2 типа;
32. определение уровня гликемии, сахара и ацетона в моче экспресс-методом;
33. определение микроальбуминурии с помощью тест-полосок;
34. расчет степени инсулинорезистентности по стандартной формуле;
35. определение индекса массы тела;
36. определение плече-лодыжечного индекса;
37. проведение исследования нарушения чувствительности с помощью градуированного камертона, микрофеломентов;
38. определение группы крови.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Общие принципы синтеза, секреции и регуляции секреции, транспорта, гормонов. Механизмы действия гормонов.
2. Сахарный диабет. Определение. Классификация сахарного диабета и других типов нарушения углеводного обмена. Эпидемиология сахарного диабета.

3. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика.
4. Лечение сахарного диабета 1 типа. Заместительная инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа. Рекомендации по питанию при сахарном диабете 1 типа. Принципы регулярного гликемического контроля и самоконтроля.
5. Роль терапевтического обучения больных сахарным диабетом в достижении результатов лечения.
6. Сахарный диабет 2 типа. Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика.
7. Профилактика сахарного диабета 2 типа. Группы риска развития сахарного диабета 2 типа. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития сахарного диабета. Ранняя диагностика сахарного диабета 2 типа.
8. Немедикаментозное лечение сахарного диабета 2 типа. Диетотерапия при сахарном диабете 2 типа. Физические упражнения при сахарном диабете 2 типа.
9. Медикаментозное лечение СД 2 типа. Неинсулиновые препараты в лечении сахарного диабета 2 типа.
10. Принципы инициации и интенсификации сахароснижающей терапии при сахарном диабете 2 типа. Цели лечения сахарного диабета 2 типа.
11. Инсулинотерапия при сахарном диабете 2 типа. Комбинированная терапия инсулином в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами.
12. Артериальная гипертензия при СД: целевое значение АД, особенности гипотензивной терапии. Контроль эффективности лечения.
13. Диабетическая ретинопатия. Факторы риска развития и прогрессирования диабетической ретинопатии. Патогенез. Классификация диабетической ретинопатии.
14. Диагностика диабетической ретинопатии. Стадии диабетической ретинопатии. Лечение. Лазерная коагуляция сетчатки: показания, осложнения. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение (витрэктомия): показания, осложнения. Профилактика.
15. Диабетическая нейропатия. Эпидемиология и факторы риска развития диабетической нейропатии. Классификация. Патогенез. Клинические формы диабетической нейропатии. Диагностика. Лечение диабетической нейропатии. Профилактика.
16. Диабетическая нефропатия, определение. Эпидемиология, этиология и патогенез. Классификация. Факторы риска развития и прогрессирования диабетической нефропатии.
17. Клиническая и лабораторная диагностика диабетической нефропатии. Лечение диабетической нефропатии и ее осложнений. Коррекция сахароснижающей терапии при ХБП.
18. Диабетические макроангиопатии. Определение, эпидемиология. Особенности патогенеза. Определение сердечно-сосудистого риска. Факторы риска развития ИБС у больных сахарным диабетом.
19. Клинические особенности ИБС у больных сахарным диабетом. Диагностика ИБС. Лечение ИБС у больных сахарным диабетом. Профилактика развития ИБС у больных сахарным диабетом.
20. Синдром диабетической стопы. Классификация синдрома диабетической
21. стопы. Патогенез и клиника нейропатической и нейро-ишемической формы синдрома диабетической стопы. Факторы риска развития синдрома диабетической стопы.
22. Патогенез и клиника диабетической остеоартропатии.
23. Диагностика и лечение синдрома диабетической стопы.
24. Диагностика и лечение диабетической остеоартропатии. Профилактика и диспансеризация. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.

25. Хирургические вмешательства при сахарном диабете. Подготовка и периоперационное ведение при плановом хирургическом вмешательстве. Периоперационное ведение при хирургическом вмешательстве по срочным показаниям.
26. Неотложные состояния при сахарном диабете. Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
27. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.
28. Гиперлактацидемическая кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.
29. Гиперосмолярная кома (гиперосмолярное гипергликемическое состояние). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.
30. Гипогликемия и гипогликемическая кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Легкие и тяжелые гипогликемические состояния. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.
31. Особенности клинического течения и лечения диабета во время беременности. Критерии компенсации сахарного диабета у беременной.
32. Гестационный сахарный диабет. Диагностика гестационного диабета. Диагностика, лечение, профилактика осложнений (для матери и плода).
33. Критерии компенсации диабета у беременной с гестационным сахарным диабетом, Послеродовое наблюдение и ведение женщин с гестационным сахарным диабетом. Прогноз при гестационном сахарном диабете.
34. Эндогенный гиперкортицизм. Этиология. Патогенез.
35. Основные клинические симптомы эндогенного гиперкортицизма. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация.
36. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) Этиология. Патогенез.
37. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна). Клиника. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз и диспансеризация.
38. Гормонально неактивные опухоли надпочечников (инциденталомы надпочечников). Классификация. Принципы диагностики. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
39. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Классификация. Этиология.
40. Первичная, вторичная, третичная надпочечниковая недостаточность.
41. Аутоиммунные полигландулярные синдромы. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
42. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология и патогенез.
43. Острая надпочечниковая недостаточность. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися болевым абдоминальным, диспептическим синдромами, с коллаптоидными состояниями.
44. Лечение и профилактика аддисонического криза. Прогноз.
45. Феохромоцитома. Этиология. Патогенез. Клиника.
46. Феохромоцитома. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
47. Симпато-адреналовый криз. Катехоламиновый шок. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
48. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) Этиология. Патогенез. Клиника.
49. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение болезни Грейвса. Показания и противопоказания. Побочные эффекты терапии. Факторы риска развития рецидивов ДТЗ. Прогноз и диспансеризация пациентов с ДТЗ.
50. Тиреотоксический криз. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.

51. Функциональная автономия щитовидной железы. Основные формы функциональной автономии щитовидной железы. Этиология. Патогенез. Клиника.
52. Функциональная автономия щитовидной железы Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика. Прогноз и диспансеризация.
53. Синдром гипотиреоза Этиологическая классификацию гипотиреоза. Патогенез первичного, вторичного, третичного и периферического гипотиреоза.
54. Клиника гипотиреоза. Клинические маски гипотиреоза. Осложнения. Диагностика. Классификация гипотиреоза по степени тяжести. Дифференциальная диагностика синдрома гипотиреоза с другими заболеваниями, проявляющимися отеком, миастеническим и др. синдромами.
55. Дифференциальная диагностика первичного, вторичного и третичного гипотиреоза. Лечение гипотиреоза. Критерии эффективности лечения. Прогноз и диспансеризация пациентов с гипотиреозом.
56. Гипотиреоидная кома. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
57. Эпидемиология и этиология йоддефицитных заболеваний. Патогенез. Патоморфология эндемического зоба. Клинические формы йоддефицитных тиреопатий. Классификация йоддефицитных заболеваний. Эпидемиологические критерии оценки степени тяжести йодного дефицита.
58. Диагностика и дифференциальная диагностика йоддефицитных заболеваний с другими заболеваниями щитовидной железы. Лечение. Профилактика. Прогноз и диспансеризация пациентов с йоддефицитными заболеваниями.
59. Острый тиреоидит (бактериальный). Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальную диагностика острого тиреоидита. Лечение. Прогноз и диспансеризация.
60. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена гранулематозный). Этиология: роль вирусных инфекций в развитии болезни, значение иммунореактивности. Патогенез.
61. Подострый тиреоидит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация пациентов с подострым тиреоидитом.
62. Хронический аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото). Этиология. Патогенез. Клиника хронического аутоиммунного тиреоидита: классификация в зависимости от варианта течения, стадии болезни и функционального состояния щитовидной железы.
63. Диагностика хронического аутоиммунного тиреоидита. Консенсус по диагностике хронического аутоиммунного тиреоидита. Дифференциальная диагностика. Лечение хронического аутоиммунного тиреоидита. Прогноз и диспансеризация пациентов.
64. Злокачественные новообразования щитовидной железы. Эпидемиология, этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Клинические симптомы, функциональное состояние щитовидной железы.
65. Особенности метастазирования опухолей щитовидной железы. Диагностика. Лечение.
66. Физиологические изменения функционирования системы гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа во время беременности. Особенности течения заболеваний щитовидной железы при беременности, после беременности. Влияние гипотиреоза, тиреотоксикоза, йодного дефицита, аутоиммунных заболеваний щитовидной железы на течение беременности и родов. Лечение гипотиреоза, диффузного токсического зоба при беременности. Профилактика дефицита йода при беременности.
67. Безболевого и послеродового тиреоидиты. Патогенез, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
68. Амиодарон-индуцированные тиреопатии. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

69. Эндокринная офтальмопатия. Определение. Эпидемиология, этиопатогенез. Клиника.
70. Критерии активности течения эндокринной офтальмопатии. Критерии тяжести. Классификация. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и особенности диспансеризации пациентов.
71. Ожирение. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация.
72. Лечение ожирения и метаболического синдрома. Немедикаментозные методы. Медикаментозные методы. Показания. Противопоказания. Хирургические методы лечения ожирения. Профилактика ожирения и метаболического синдрома. Скрининг на выявление сахарного диабета 2 типа. Определение сердечно-сосудистого риска.
73. Акромегалия и гигантизм. Определение понятий «акромегалия» и «гигантизм». Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диагностические тесты для определения активности процесса. Дифференциальный диагноз. Лечение.
74. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипопитуитаризм). Этиология. Патогенез. Первичный и вторичный гипопитуитаризм. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Заместительная гормональная терапия. Прогноз и диспансеризация.
75. Синдром гиперпролактинемии. Патологическая гиперпролактинемия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Прогноз и диспансеризация.
76. Несахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
77. Первичный, вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Диагностика и дифференциальная диагностика первичного, вторичного и третичного гиперпаратиреоза.
78. Первичный гиперпаратиреоз. Клинические проявления. Клинические формы первичного гиперпаратиреоза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
79. Вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
80. Гиперкальциемический криз. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.
81. Гипопаратиреоз. Классификация. Этиология. Патогенез. Механизм развития тетании. Клиника. Диагностика. Лечение.
82. Гипокальциемический криз. Клиника и диагностика. Неотложная терапия при гипокальциемическом кризе.
83. Синдром поликистозных яичников. Этиология и патогенез. Менструальная функция. Диагностика (критерии) и дифференциальная диагностика. Лечение.
84. Климактерический синдром. Определение понятий: перименопауза, постменопауза, климактерический синдром. Патогенез климактерического синдрома. Клинические проявления климактерического синдрома. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
85. Синдром аменореи. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
86. Синдром гиперандрогении у женщин. Определение понятия гиперандрогении. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Прогноз.
87. Нарушения овуляторной функции яичников: этиопатогенез и клиника различных форм, диагностика, дифференциальная диагностика, основные принципы лечения.
88. Синдром гипогонадизма у мужчин. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика первичного, вторичного гипогонадизма, гипогонадизма, обусловленного резистентностью органов мишеней.
89. Возрастной андрогенный дефицит: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, заместительная терапия андрогенами.

90. Дефицит соматотропного гормона. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
91. Преждевременное половое созревание. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
92. Остеопороз. Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиологическая классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
93. Лечение и профилактика остеопороза.

Ситуационные задачи

Задача 1

Больная Б, 48 лет. Жалобы на раздражительность, сердцебиение, перебои и сжимающие боли в области сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, отеки на ногах, плохую переносимость жары, повышенную потливость, мышечную слабость, похудание, нарушение сна.

Перебои в области сердца стала отмечать в течение последних 2-х лет. В течение года появились отеки на ногах, к врачу не обращалась

Менопауза с 46 лет, с частыми приливами. За 2 года похудела на 7 кг при повышенном аппетите.

Три недели назад была госпитализирована в кардиологическое отделение по поводу пароксизмальной мерцательной аритмии. Проводимое лечение в кардиологическом отделении было без эффекта.

Объективно: больная суетлива, многословна, склонна к плаксивости, пониженного питания. Отмечается умеренный 2-х сторонний экзофтальм. Кожные покровы бархатистые, теплые с усиленной пигментацией в местах трения одеждой, на ногах массивные отеки, оставляющие при надавливании ямки. Щитовидная железа II степени, средней плотности, безболезненна, подвижная при пальпации; мелкий тремор вытянутых кистей рук. Пульс – 100 уд в 1 мин, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 115 в 1 мин., АД 140/70 мм.рт.ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненная при пальпации.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 2

Больная Л, 29 лет. Жалобы на головную боль, преимущественно в теменной и затылочной областях, одышку при ходьбе, периодические боли в области сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, изменение внешности, выраженную слабость.

Считает себя больной 5 лет, когда, нарушился менструальный цикл, появились головные боли, тогда же выявлена артериальная гипертензия. В последующем возникли сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание.

Объективно: Повышенного питания с преимущественным отложением жира в верхней половине грудной клетки, живота. Отеки голеней и стоп. Лицо багрового цвета. Усилен рост волос над верхней губой, в подбородочной области и на боковых поверхностях лица. Кожа сухая с мраморным оттенком. В подмышечных областях и на боковых поверхностях живота широкие полосы багрово-красного цвета (стрии). Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 170 и 100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 3

Больная К, 50 лет. Жалобы на потемнение кожных покровов, выраженную слабость, раздражительность, тошноту, рвоту, поносы, чувство тяжести в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, снижение аппетита, похудание за последний месяц на 10 кг.

В течение последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось: усилились пигментация, слабость, исчез аппетит, появился понос.

При осмотре: рост 163 см, масса тела 46 кг. Кожа сухая, бронзового цвета, выраженная пигментация в местах трения одеждой, в области ладонных складок кистей рук.

Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца несколько уменьшены в размерах, тоны сердца приглушены, АД 80/50 мм.рт.ст.

Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит, частые ОРВИ. В 30 летнем возрасте был длительный контакт с больным туберкулезом.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 4

Больной Р. 34 лет. Жалобы на сонливость, зябкость, снижение памяти, прибавку массы тела, периодически давящие боли за грудиной, отеки на лице и ногах, запоры, снижение слуха и половой функции.

По поводу отеков обследовался у уролога, который диагностировал хронический простатит.

Объективно: рост 182 см., масса тела 94 кг. Больной выглядит значительно старше своих лет. Лицо амимично, одутловато, выраженная отечность верхних и нижних век. Кожа сухая.

Щитовидная железа не увеличена. Пульс 52 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца несколько расширены. Тоны сердца приглушены. АД 120/90 мм.рт.ст. Язык увеличен в размерах. При эхокардиографии – в полости перикарда 100 мл жидкости.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 5

Больной М, 15 лет. Жалобы на избыточную массу тела, частые головные боли в теменной и затылочной областях, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость.

Избыточная масса тела отмечена с 3 –х летнего возраста. Аппетит всегда был повышен. Из продуктов питания предпочитает хлебобулочные изделия, мясо, колбасы. У матери и брата - ожирение.

Объективно: Рост – 182 см, масса тела - 115 кг (ИМТ – 35 кг/м²). Отложение жира равномерное – с преимущественным распределением в области живота и бедер. На коже грудных желез, боковых поверхностей живота, внутренних поверхностей бедер, множественные узкие розовые стрии. Двусторонняя гинекомастия.

Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена.

Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150 и 90 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации мягкий, безболезненный.

Дополнительные исследования:

1). Стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы в крови натощак 5,5 ммоль/л; через 2 часа после перорального приема 75 г глюкозы – 8,2 ммоль/л.

2) На рентгенограмме костей черепа – усиление сосудистого рисунка, пальцевые вдавления. Форма и размеры турецкого седла в пределах нормы.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 6

Больной Р., 56 лет. Жалобы на сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание, боль сжимающего характера за грудиной, усиливающуюся при ходьбе, одышку, боль и судороги в икроножных мышцах.

Сахарным диабетом страдает в течение 16 лет, проводится лечение диетой и инсулином в суммарной суточной дозе 32 ед. (20 ед. Протафана и 12 ед. Актрапида). Режим питания грубо нарушает, курит, в недалеком прошлом часто злоупотреблял алкоголем.

Объективно: Рост – 176 см, масса тела – 96 кг. На коже тыльной поверхности левой стопы трофическая язва. При пальпации пульс на артериях стоп ослаблен.

Пульс 80 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной тупости сердца смещена на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 160 и 90 мм.рт.ст. Число дыханий 18 в 1 мин. Границы легких не изменены. При аускультации – небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов, преимущественно в нижних отделах легких.

Уровень глюкозы в крови натощак – 12,6 ммоль/л, содержание сахара в суточной моче – 2% при суточном диурезе 2 литра.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 7

У больной М, 28 лет через 2 недели после перенесенной ОРВИ появилась выраженная слабость. Прогрессирование заболевания сопровождалось болью в области шеи, с иррадиацией в нижнюю челюсть и уши, усиливающейся при глотании; ознобом, головной болью. Отмечалось повышение температуры тела до 38°C, тахикардия, повышенная потливость.

Объективно: щитовидная железа II степени, при пальпации резко болезненна, в отдельных участках уплотнена. Кожа над железой не изменена. Флюктуация над щитовидной железой не определяется. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы не

увеличены. Температура тела 37,6°C. При исследовании крови – лимфоцитоз, ускорение СОЭ до 50 мм/час

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 8

Больной Н, 23 лет. С 11-летнего возраста страдает сахарным диабетом. В вагоне метро стал вести себя агрессивно. Окружающие отметили бледность его лица, потливость, дрожание рук. Через несколько минут у больного появились судороги верхних и нижних конечностей, затем он потерял сознание. На момент прибытия бригады СМП, больной в коме, кожные покровы теплые, влажные, тонус глазных яблок сохранен, зрачки расширены, рефлексы сохранены, мышечный тонус высокий. Пульс 100 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 160/90 мм.рт.ст. Со стороны органов дыхания и пищеварения без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 9

Больная В., 67 лет. Жалобы на сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание. Вышеуказанные жалобы появились на фоне длительного лечения мочегонными препаратами и клофелином по поводу гипертонической болезни. 2 дня тому назад усилились сухость во рту, жажда, появились обильное и учащенное мочеиспускание, тошнота, неоднократная рвота и через несколько часов больная потеряла сознание. Бригадой СМП была госпитализирована в реанимационное отделение. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.

Объективно: больная в коме, выраженная сухость кожи, снижение ее тургора. Тонус глазных яблок снижен, зрачки узкие, слабо реагируют на свет. Сухожильные рефлексы снижены. Локальные и генерализованные судороги, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского. Пульс 120 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм.рт.ст. Температура тела 38,1°C. Язык сухой. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Содержание глюкозы в крови 45 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 10

Больная М, 16 лет. Постоянная жительница горного Урала обратилась к участковому терапевту по поводу зябкости, сонливости, склонности к запорам, нарушения менструального цикла. Родилась в срок от молодых родителей. Вскоре, после прекращения кормления грудью, стала отставать в физическом и психическом развитии. Ходить начала в 2,8 года, говорить в 4 года. В школе училась весьма посредственно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 150 см., масса тела 58 кг. Кожа сухая, бледная, холодная. Лицо одутловатое, выраженная отечность в области верхних и нижних век, утолщение губ. Волосы редкие, ломкие. Грудные железы развиты слабо.

Пульс 56 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 100 и 80 мм.рт.ст. Со стороны органов дыхания без особенностей. Язык большой, с трудом помещается в полости рта. Живот мягкий, б/болезненный при пальпации. Щитовидная железа II степени (классификация ВОЗ), плотно-эластичной консистенции, подвижная, б/болезненная.

Общий анализ крови Нв –92 г/л, эр – 3,6х 10¹², Л –4,5х 10⁹, СОЭ – 25 мм/час.

Общий белок 70 г/л, билирубин 19 ммоль/л, холестерин – 7,5 ммоль/л

ЭКГ – ритм синусовый, 54 в 1 мин. Вольтаж основных зубцов снижен; диффузно-дистрофические изменения миокарда.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 11

Больная Г, 19 лет, студентка ВУЗа доставлена в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Заторможена, сонлива, на вопросы отвечает вяло, односложно.

Со слов матери, около 2-х недель назад, вернувшись из Средней Азии, девушка перенесла ОРВИ с температурой 38 °С. Через 20 дней после перенесенного ОРВИ появились сухость во рту, жажда, учащенное и обильное мочеиспускание, нарастала слабость. За неделю похудела на 7 кг при нормальном аппетите. За сутки до госпитализации появились головные боли, одышка, неоднократная рвота, боли в животе неопределенной локализации.

Объективно: Кожные покровы сухие, тургор кожи снижен. Дыхание частое, поверхностное, 30 в 1 мин. При аускультации – дыхание везикулярное, Пульс 108 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, малиновый. Живот напряжен. При пальпации преимущественная болезненность в эпигастрии и правой половине живота.

Общий анализ крови: Нв –150 г/л, эр – 5,8х 10¹², Л –14,8х 10⁹, СОЭ – 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин – 160 мкмоль/л, холестерин – 8,0 ммоль/л, калий – 3,8 ммоль/л, уровень глюкозы в крови – 22 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 12

Больная К. 35 лет предъявляет жалобы на частые головные боли, укрупнение черт лица, увеличение в размерах кистей, стоп, нарушение менструальной функции. Указанные симптомы появились 12 лет назад и продолжают нарастать до настоящего времени. Последние 4 года стали беспокоить сухость во рту и жажда.

Объективно: больная удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание больших размеров нос, выступающие надбровные дуги, увеличенные кисти, стопы, бочкообразная грудная клетка. Межзубные промежутки расширены, нижняя челюсть увеличена, выступает вперед. Кожа влажная, жирная. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от левой средне – ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. АД 180 и 90 мм рт. Ст. Язык увеличен в размере, живот мягкий, б/б при пальпации.

На рентгенограмме костей черепа отмечается значительное утолщение костей свода черепа, повышенная пневматизация лобных пазух, признаки внутричерепной гипертензии в виде усиления сосудистого рисунка и пальцевидных вдавлений. Турецкое седло увеличено в размерах.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 13

Больной А., 37 лет. Жалобы на общую слабость, жажду (выпивает 5-6 литров воды в день), частое и обильное мочеиспускание, снижение аппетита, похудание на 10 кг за месяц. Заболел остро около месяца назад, когда через неделю после перенесенного гриппа появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. При осмотре пациент пониженного питания (рост 172 см, масса тела 56 кг), эмоционально лабилен. Кожные покровы и слизистые сухие. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, 100 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, артериальное давление 90 и 60 мм рт. ст.

Уровень глюкозы натощак – 4,2 ммоль/л. В общем анализе мочи – относительная плотность 1002, глюкоза и белок отсутствуют, осмолярность мочи 150 мосмоль/кг.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 14

Больной П., 23 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с диагнозом гипогликемическая кома. Сознание восстановилось после введения 40 мл 40% раствора глюкозы. Из анамнеза известно, что сахарным диабетом страдал с 14 лет, диету не соблюдал, нарушал режим инсулинотерапии, показатели сахара крови не контролировал. В течение последнего года отмечает частые гипогликемии.

Предъявляет жалобы на общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, резкое снижение остроты зрения. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеки на лице, ногах. ЧДД - 24 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс ритмичный, 96 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД -190 и 100 мм рт. ст.. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, чувствительна при пальпации.

В общем анализе крови : гемоглобин- 80 г/л, СОЭ 40 мм/час.

В биохимическом анализе крови: глюкоза – 9,6 ммоль/л, общий белок – 40 г/л, мочевины – 23 ммоль/л, креатинин – 216 мкмоль/л, холестерин – 7,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: относительная плотность – 1008, белок – 1 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты – 10 – 15 в поле зрения, эритроциты – 6 -8 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выдвинуть диагностическую концепцию.
2. Составить план дообследования и лечения.

Задача 15

Больная 58 лет жалуется на приступы сердцебиения, потливость, ломкость ногтей, снижение памяти, слабость. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся выкидышами. Страдает поливалентной аллергией. При пальпации щитовидной железы: пальпируются

обе доли, размером больше дистальной фаланги, в правой доле определяется нечетко очерченное узловое образование 1,5х1,3 см. Остальная ткань железы плотная, объем железы 28 куб.см. Проведена тонкоигольная пункционная биопсия узлового образования: в препарате нет атипичных клеток, имеется выраженная лимфоцитарная инфильтрация, клетки Ашкенази – Гюртля.

Вопросы:

1. Выдвинуть диагностическую концепцию
2. Составить план обследования и лечения

Задача 16

Больная 16 лет жалуется на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1 – 2 месяцев), избыточный вес тела. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма. При осмотре – рост 168 см; вес – 80 кг; ИМТ=28; ОТ/ ОБ=0,92; распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу: в области живота, верхнего плечевого пояса, VII шейного позвонка. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле. Гирсутное число – 16 баллов (по шкале Ферримана – Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии на животе. АД= 135/90 мм рт. ст. При проведении лабораторных исследований: гликемия натощак 5,9 ммоль/л после теста с 75 г глюкозы – 8,1 ммоль/л через 2 часа (в плазме венозной крови);

Малая дексаметозоновая проба: уровень кортизола в исходке – 592 нмоль/л (N 120 – 400), 202 нмоль/л (результат).

При проведении УЗИ органов малого таза (22 день м.ц.) – тело матки 44х26х36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо – 4мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41х30х28 с фолликулами до 4-5 мм в диаметре, количеством 5-7 в поле зрения. Левый яичник – 34х20х22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое. Капсула яичников гиперэхогенна.

Вопросы:

1. Выдвинуть диагностическую концепцию
2. Составить план дообследования и лечения

Задача 17

Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на выраженную общую и мышечную слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошноту и потерю веса. Вышеуказанные симптомы беспокоят около года, причем симптоматика прогрессивно нарастает. Последние 3-4 месяца появилось пристрастие к соленой пище. В анамнезе хронический аутоиммунный тиреоидит с сохраненной эутиреоидной активностью.

Объективно: пациентка астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы гиперпигментированы, особенно интенсивно в области ладонных складок, ареол молочных желез, зон локтей, колен, отмечается гипотрофия мышц конечностей. АД=90/50 мм рт. ст., ЧСС=87 в мин.

Вопрос:

1. Выдвинуть диагностическую концепцию
2. Составить план дообследования и лечения

Задача 18

Больная 38 лет, обратилась к терапевту с жалобами на периодические подъемы АД до 220/120 мм рт. ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, головной болью, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступ заканчивается обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпает. Приступы

возникают внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних 6 месяцев отмечались 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет оперативных и каких-либо других инвазивных вмешательств не было. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама пациентка связывает появление приступов с неустойчивой психологической ситуацией в семье и стрессами на работе.

В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, АД 110/70 – 120/80 мм рт. ст. При обследовании все показатели общего анализа крови и биохимического анализа крови, включая уровни электролитов - в пределах нормы.

Вопрос:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. Составить план обследования и лечения

Задача 19

Пациентка 44 лет направлена на консультацию эндокринолога из клиники общей терапии. Из анамнеза: 6 месяцев назад при диспансерном обследовании в поликлинике у пациентки обнаружено повышение СОЭ до 35 мм /час. Каких-либо других изменений выявлено не было. С предварительным диагнозом «Синдром повышенной СОЭ неясного генеза» пациентка направлена на обследование в клинику общей терапии. В результате обследования, которое подразумевало расширенный онкопоиск, каких-либо изменений выявлено не было. При проведении КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено округлое образование в левом надпочечнике диаметром 1.8 см. Спустя 1 месяц показатели СОЭ спонтанно нормализовались.

Пациентка никогда не страдала артериальной гипертензией и ожирением. Менструации регулярные, последняя беременность 7 лет назад.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план обследования и лечения

Задача 20

Пациент 37 лет обратился к кардиологу с жалобами на стойкое повышение артериального давления до 210/100 мм рт. ст. на протяжении последнего года. До этого цифры АД находились в пределах 120-130/80 мм рт. ст., пациент считал себя практически здоровым. Участковым терапевтом пациенту назначались различные гипотензивные препараты, но стойкого эффекта не отмечалось. После приема мочегонных (гипотиазид – однократно) у пациента появилась резкая мышечная слабость, парестезии, судороги в мышцах конечностей, возникли ощущения перебоев в работе сердца. При обследовании в клинике кардиологии у пациента была выявлена гипокалиемия – 2.6 ммоль/л. При гормональном исследовании уровень альдостерона составил 1100 пмоль/л. (норма: 111 – 860 пмоль/л), пациент направлен к эндокринологу.

Вопросы:

1. Выдвинуть диагностическую концепцию
2. Составить план обследования и лечения

Задача 21

Пациентка 25 лет направлена на консультацию к эндокринологу врачом женской консультации, где наблюдается с диагнозом: беременность 6- 7 недель.

Глюкоза венозной плазмы при случайном определении – 11,3 ммоль/л, гликемия натощак – 7,5 ммоль/л, Hb A1c – 9,3%.

Из анамнеза известно: родилась с массой тела 4300 г, всегда любила вкусно поесть, очень любит фастфуд, сладкую газированную воду. У мамы – сахарный диабет тип 2, на инсулине. ИМТ пациентки – 32,0 кг/м². Пациентка заинтересована в беременности. По данным УЗИ грубых пороков развития плода нет.

Вопросы:

1. Классифицируйте нарушения углеводного обмена у пациентки
2. Определите тактику дальнейшего ведения.

Задача 22

Пациент 36 лет поступил в клинику с жалобами на повышение цифр АД (макс. до 170/100 мм рт.ст.), на чувство сдавления за грудиной во время физических нагрузок. Пациент является курильщиком, в питании преобладает высококалорийная пища, особенно много продуктов с высоким содержанием животных жиров, злоупотребляет алкоголем. При поступлении: рост 173 см, вес 89 кг, ИМТ=28,0 ОТ/ОБ=1,23. При обследовании (ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек) выявлена гипертрофия левого желудочка, нормальная сократительная функция сердца. Печень увеличена за счет обеих долей, портальная вена не увеличена.

В биохимическом анализе крови выявлена гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, снижение содержания ЛПВП.

Наследственный анамнез отягощен по СД 2 типа. Исследована гликемия натощак – 5,9 ммоль/л (венозная кровь). При проведении стандартного перорального теста толерантности к углеводам (венозная кровь) – натощак 5,7 ммоль/л, через 2 часа – 8,8 ммоль/л. Уровень С-пептида натощак в 1,7 раза выше нормы.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз
2. Укажите план дообследования и лечения

Задача 23

Пациент 60 лет (анамнез СД 2 типа -15 лет) предъявляет жалобы на боли в ногах колюще-режущего характера, делающими невозможным нормальный ночной сон, судороги в мышцах стоп, а также - ощущения покалывания и жжения в области стоп.

Указанные симптомы появились около 5 месяцев назад, особенно усилились в течение последнего месяца. У пациента диагностированы следующие осложнения СД:

Непролиферативная ретинопатия . Диабетическая нефропатия, ХБП ст.3а, А2. АГ (в течение 6 лет, контролируется ингибиторами АПФ). Из сопутствующих заболеваний ИБС (небилет, аспирин –кардио). По поводу дислипидемии получает статины.

При осмотре: гиперстеник, ИМТ – 31,5 кг/м², АД 130/85 мм рт.ст., ЧСС = 70 в мин. Живот безболезненный, печень не пальпируется.

Неврологическое обследование:

Ахиллов рефлекс – отс. Вибрационная чувствительность 0. Тактильная, Температурная,

Болевая чувствительность – отс. Объем движений сохранен повсеместно.

Вопросы:

1. Какое осложнение СД с учетом жалоб и данных неврологического обследования вы диагностируете у пациента
2. Укажите препараты для купирования болевой симптоматики
3. Укажите план профилактических мер синдрома диабетической стопы

Задача 24

У пациента 43 лет с компенсированным течением СД 1 типа (дебют СД 15 лет назад) и сопутствующим хроническим пиелонефритом (в течение 20 лет), протекающим без АГ, имеются следующие изменения в анализах мочи: лейкоцитурия 6-8 в п/зрения (в периоды обострений – до 80-120 в п/зрения), гипоизостенурия, концентрация белка в моче – 0,05 г/л. При исследовании мочи на микроальбуминурию (МАУ) этот показатель составил 250 мг/сутки в октябре (обострение пиелонефрита), в декабре - 30 мг/сутки, 230 мг/сутки в феврале (вновь обострение пиелонефрита). Креатинин в плазме венозной крови находится в пределах 180 мкмоль/л - 240 мкмоль/л, нормализованная скорость

клубочковой фильтрации определяется в пределах 44 – 32 мл /мин./1,73 м². По данным УЗИ: почки нормальных размеров, с волнистыми контурами, имеется гидрокаликоз, в левой почке определяется одиночная киста размером 5 см, в чашечно-лоханочной системе обеих почек есть признаки конкрементов.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятную причину снижения азотвыделительной функции почек у пациента
2. Можно ли трактовать периодическое появление МАУ у пациента, как верифицирующий критерий диабетической нефропатии
3. Какой стадии болезни почек соответствует снижение скорости клубочковой фильтрации у пациента

Задача 25

Пациент 53 лет страдает абдоминальным ожирением I ст (ИМТ =34 кг/м²) алиментарно – конституциональной природы и гипертонической болезнью III ст, 2 ст (остаточные явления после ишемического инсульта 2 года назад). АД на фоне комбинированной терапии 145 –150/80 –90 мм рт. ст. Гликемические показатели (включая оральный глюкозотолерантный тест) – в пределах нормы. Органы желудочно-кишечного тракта – без патологии. Больной соблюдает низкокалорийную диету 1-го уровня (1500 ккал/сут), выполняет дозированные физические нагрузки, принимает фозиноприл 40 мг/сутки, бисопролол 10 мг/сутки, гидрохлоротиазид 25 мг/сутки. На фоне диетотерапии и физических нагрузок вес пациента за 1год лечения снизился на 2%, окружность талии уменьшилась на 1см

Вопросы:

1. Укажите план дообследования
2. Укажите дальнейшую тактику ведения пациента

Задача 26

У пациента, перенесшего острый двусторонний отит, вновь резко повысилась температура тела, появилась боль пульсирующего характера в области шеи с иррадиацией в верхнюю и нижнюю челюсти, потливость, сердцебиение. Прогрессирование заболевания сопровождалось дальнейшим нарастанием температуры до 39,0 – 39,5 гр., слабости, учащением сердцебиений. При пальпации щитовидной железы отмечается резкая локальная болезненность и определяется участок флюктуации. В клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз до 15 000 со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ до 30 мм/час

Вопросы:

1. Укажите предполагаемый диагноз
2. Укажите план обследования и лечения

Задача 27

49 – летняя женщина обратилась к эндокринологу с жалобами на постепенное развитие жажды и полиурии. Суточное количество потребляемой и выделяемой жидкости составляет 5-6 литров. Ночью мочится 1 раз. Удельный вес мочи = 1003 – 1006. Осмолярность плазмы – 278 мосм/л (норма 285 -310), АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС=76 в мин. Кожные покровы без видимых изменений, поля зрения сохранены, неврологических нарушений не выявлено. Глюкозурия отсутствует, электролиты сыворотки в норме. При МРТ – исследовании данных за поражение гипофиза нет.

Вопросы:

1. Укажите предполагаемый диагноз
2. Укажите тактику дообследования и ведения данной пациентки

Задача 28

У 27 – летней женщины (вес 58 кг) со сроком беременности 21 неделя в анамнезе аутоиммунный тиреоидит. Со слов больной, функциональную активность щитовидной железы оценивала более 1года назад, данную беременность не планировала. При осмотре жалоб не предъявляет. Щитовидная железа плотной эластичной консистенции, однородная, пальпируется перешеек, обе доли. В крови определяется нормальный уровень своб. Т3 и своб. Т4, повышение уровня ТТГ до 6,0 мМЕ/л (норма 0,3 – 4,0).

Вопросы:

1. Укажите предполагаемый диагноз
2. Укажите план дообследования и ведения данной пациентки

Задача 29

47 – летняя женщина обратилась к врачу по месту жительства с жалобами на прибавку массы тела (5 кг), выраженную сонливость днем, общую и мышечную слабость, сухость кожных покровов.

При осмотре обращает на себя внимание выраженная пастозность лица, голеней, стоп. Пациентка отмечает снижение тембра голоса и изменение температуры тела (температура тела последние 6 месяцев находится в пределах 36,2 – 36,4 гр.). У родной сестры щитовидная железа удалена. Пальпаторно щитовидная железа не определяется, при проведении УЗИ щитовидной железы определяется неоднородная эхогенность структуры ЩЖ, объем каждой доли в пределах 2,0 мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. Предложите схему дообследования и лечения

Задача 30

Больная 34 лет жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке. Последние 3 месяца отмечает сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание (до 7 раз днем, 4-5 раз ночью). Аппетит нормальный. Масса тела значительно увеличилась 5 лет назад, после родов. Из анамнеза: родилась с массой тела 3800 г, развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные (цикл 28-30 дней). Принципы рационального питания не соблюдает: любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением. У младшего брата также ожирение 1 ст.

6 месяцев назад при диспансерном обследовании был проведен глюкозо – толерантный тест:

Глюкоза плазмы венозной крови натощак 6,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой – 9.8 ммоль/л. Объективно: Рост 168 см, масса тела 96 кг. Отложение

подкожной жировой клетчатки равномерное, окружность талии 95 см. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 80 ударов в минуту, ритмичный, АД 145/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, чувствительный при пальпации. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Дополнительные исследования: общий анализ крови – без особенностей. В биохимическом анализе крови изменены показатели липидного спектра: триглицериды 4,7 ммоль/л, общ. ХЛ – 6,4 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,92 ммоль/л, глюкоза венозной плазмы – 6,1 ммоль/л

ОТТГ: глюкоза венозной плазмы натощак – 6,4 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой – 11,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. Укажите план дообследования и лечения

Задача 31

Больной К., 62 лет обратился к эндокринологу с жалобами на кризовое течение артериальной гипертензии, сопровождающееся выраженной слабостью, головной болью, головокружением, повышенной потливостью, колющей болью в левой половине грудной клетки во время приступа.

Из анамнеза известно, что артериальной гипертензией пациент страдает в течение последних 6 лет с максимальным подъемом цифр АД до 160/100 мм рт. ст., в связи с чем были назначены ингибиторы АПФ, В – блокаторы, с положительным эффектом. Однако, в течение последнего года, пациент стал отмечать указанные приступы подъема АД до цифр более 200/120 мм рт. ст., сопровождающиеся также паническим страхом, сухостью во рту, тремором рук без эффекта от привычной гипотензивной терапии. Развитие указанных приступов больной связывает с эмоциональным и физическим напряжением. Количество указанных приступов за год 16 -18. Между приступами пациента беспокоят головокружения, усиливающиеся при ортостазе.

Объективно: пациент пониженного питания. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см кнаружи от левой

средне – ключичной линии. При аускультации определяется акцент 2-го тона над аортой. ЧСС – 90 в мин, АД – 150/100 мм рт. ст .

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При обследовании: 1. Общий анализ крови – без особенностей; 2. В биохимическом анализе крови – уровень глюкозы натощак (плазма венозной крови) – 7,0 ммоль/л; 3. При осмотре глазного дна выявлена спастическая ангиопатия сетчатки; 4. По результатам УЗИ – подозрение на узел (15х25 мм) в правом надпочечнике; 5. При проведении МРТ забрюшинного пространства выявлены признаки объемного образования 18х15х20 мм правого надпочечника, нативной плотностью 40-45 НУ. Гормонального исследования крови и мочи не проводилось.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. Укажите схему дообследования и лечения

Задача 32

Пациентка А., 23 лет обратилась к эндокринологу для терапии избыточной массы тела (ИМТ=28,5). Пациентка отмечает склонность к фурункулезу кожи, плохое заживление ран и порезов, периодически возникающую сухость во рту, умеренную

жажду (до 2,-2,5 л жидкости в день), особенно, нарастающие на фоне физического и эмоционального напряжения.

Девушка ведет малоподвижный образ жизни, много работает за компьютером, за диетой не следит, в питании злоупотребляет продуктами, богатыми легкоусвояемыми углеводами и животными жирами.

Из анамнеза: родилась с массой тела 4200 г, в детстве и юности вес всегда был избыточным, особенно выраженная прибавка массы тела случилась в пубертатный период, тогда же на коже живота, бедер появились розовые стрии. Мать страдает сахарным диабетом 2 типа с 40 лет.

Объективно: Рост 170 , масса тела 82 кг, (ИМТ- 28,2). Отложение жира равномерное – с преимущественным распределением на животе и бедрах.

На коже спины видны следы расчесов. Отеков нет.

Щитовидная железа не увеличена. Пульс 72 удара в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 120/80 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный.

При обследовании выявлено:

1. Клинический анализ крови – без особенностей

2. В биохимическом анализе крови – уровень гликемии натощак (плазма венозной крови) – 8,0 ммоль/л, холестерин – 6,5 ммоль/л, триглицериды – 2,2 ммоль/л, общий белок – 60 г/л, креатинин – 70 мкмоль/л.

3. Консультация окулиста выявила наличие на глазном дне единичные микроаневризмы, единичные точечные кровоизлияния.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Предложите план дообследования и лечения

Задача 33

Пациентка 28 лет состоит на учете в женской консультации с диагнозом: Беременность 23 недели.

Семейный анамнез по сахарному диабету не отягощен. До беременности у пациентки отмечалась избыточная масса тела (ИМТ = 26,0 кг/м²), показатели гликемии соответствовали норме. Пациентке проведен пероральный глюкозотолерантный тест: глюкоза венозной плазмы натощак 5,0 ммоль/л; через 1 час после приема 75 г глюкозы – 10,8 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 8,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените результаты теста
2. Укажите план ведения пациентки

Задача 34

Пациентка 26 лет наблюдается в женской консультации с диагнозом: Беременность 26 недель.

Мать пациентки страдает СД тип 2, находится на терапии Метформином и Онглизой, с эффектом.

До беременности у пациентки гликемические показатели всегда соответствовали норме, имелась избыточная масса тела (ИМТ = 27,0 кг/м²).

Проведен пероральный глюкозотолерантный тест: глюкоза венозной плазмы натощак – 4,8 ммоль/л, через 1 час после приема 75 г глюкозы – 9,5 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените результаты проведенного теста
2. Предложите план ведения пациентки

Задача 35

У пациентки 23 лет, обратившейся к акушеру-гинекологу на 7-ой неделе беременности, при скрининге, выявлен уровень глюкозы плазмы 13,8 ммоль/л. До беременности отмечалась избыточная масса тела (ИМТ= 26,5 кг/м²), показатели гликемии не контролировала. Родилась с массой тела 4300 г. У матери пациентки – СД тип 2, на инсулине. Уровень HbA_{1c} пациентки – 10,3%. Пациентка злоупотребляет сладкими, жирными продуктами, любит сладкие газированные воды. В беременности заинтересована.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Нужны ли дополнительные исследования гликемии у данной пациентки
3. План ведения пациентки

Задача 36

Пациентка 30 лет находится под наблюдением в женской консультации с диагнозом: Беременность 22 недели. В анамнезе у пациентки хронический аутоиммунный тиреоидит с гипотензией, по поводу чего девушка получает 50 мкг Эутирокса. Жалоб и характерной для гипотиреоза клинической симптоматики нет. При пальпации хорошо пальпируется и перешеек, и обе доли. Железа плотно-эластичной консистенции, однородная, подвижная, безболезненная.

При определении тиреоидного статуса: св. лТ₄, св. Т₃ в пределах референсных значений, ТТГ повышен до 6,0 мМЕ/л (норма – 0,3—4,0 ммоль/л). По результатам УЗИ : структура железы неоднородная, васкуляризация ткани умеренная.

Вопросы:

1. Является ли доза Эутирокса 50 мкг достаточной в условиях беременности
2. Оцените функциональную активность щитовидной железы
3. Какие угрозы несет в себе сохранение данной функциональной активности ЩЖ

Задача 37

Пациентке 65 лет с сахарным диабетом 2 типа, абдоминальным ожирением (ОТ – 88 см, ИМТ – 35.5 кг/м²) проводится терапия: метформин 1000 мг в суточной дозе 2000мг, акарбоза 100 мг в суточной дозе 300 мг. На фоне проводимой терапии и соблюдения принципов рационального питания, при оценке показателей гликемического профиля выявлено: показатели гликемии (венозная плазма) натощак составили 6,0 ммоль/л, после завтрака, обеда и ужина – 8,7 ммоль/л; 8,0 ммоль/л и 8,5 ммоль/л соответственно. HbA_{1c} – 7,9%. Данных за ИБС нет. Нарушений функциональной активности печени, почек.

Вопросы:

1. Какие показатели гликемического профиля превышают целевой предел
2. Соответствует ли уровень HbA_{1c} у данной пациентки целевому уровню. Укажите этот уровень
3. Укажите рекомендуемую вами коррекцию проводимой терапии

Задача 38

Пациент 63 лет с сахарным диабетом 2 типа проснулся ночью (около 3 часов) от кошмарных сновидений. Показатели гликемии при этом составили 3,3 ммоль/л, в 6 часов утра – 10,0 ммоль/л. Пациент находится на инсулинотерапии препаратами инсулина: инсулин Левемир (22 ЕД перед сном) и инсулин Апидра по 8 ЕД перед завтраком и обедом и 6 ЕД перед ужином.

Контроль показателей гликемического профиля через 2 часа после завтрака, обеда, ужина и перед сном выявил следующие результаты: 7,8 ммоль/л, 6,4 ммоль/л, 6,6 ммоль/л и 6,2 ммоль/л соответственно. Данных за ИБС сердца нет. Нарушений функциональной активности печени, почек, анемии нет.

Вопросы:

1. Чем обусловлены «ночные кошмары» пациента и высокий уровень гликемии натощак
2. Рекомендуемые вами значения гликемии в 3 часа ночи
3. Укажите необходимые изменения в терапии пациента

Задача 39

Пациентка 26 лет после проведенного УЗИ щитовидной железы направлена на консультацию к эндокринологу. Жалоб не предъявляет, при оценке тироидного статуса – эутиреоз. По результатам УЗИ щитовидной железы: объем ЩЖ увеличен до 22 мл. Структура железы неоднородная, выявляются до 6 гипоехогенных образований с нечеткими контурами, размерами от 3 до 6 мм, представленные в заключении врача ультразвуковой диагностики как узловые гипоехогенные образования.

Вопросы:

1. Можно ли, учитывая объем ЩЖ у пациентки, говорить о наличии у нее зоба
2. Согласны ли вы с трактовкой выявленных образований в ткани щитовидной железы как узловых образований
3. Показана ли пациентке тонкоигольная аспирационная биопсия для уточнения природы указанных образований. Какова дальнейшая тактика в отношении данной пациентки

Задача 40

У пациента 54 лет клинически и при гормональном исследовании выявлены признаки манифестного тиреотоксикоза. Клинические проявления тиреотоксикоза у пациента: высокая эмоциональная лабильность (немотивированная агрессия, неспособность контроля своего поведения), потливость, тахикардия (ЧСС до 110 сокращений в минуту), похудание на 6 кг за 5 месяцев, повышением цифр АД до 150 – 160/70 мм рт.ст. По данным УЗИ ЩЖ: Объем – 21 мл,

в правой доле определяется узловое образование размерами 36 x 22 мм. Тонкоигольная аспирационная биопсия узла выявила данные в пользу недифференцированного рака.

Вопросы:

1. Как вы охарактеризуете форму зоба у пациента
2. Какова степень тяжести тиреотоксикоза
3. Какова тактика лечения

Задача 41

Пациентка 38 лет прооперирована 8 месяцев назад по поводу болезни Грейвса – Базедова.

Получает заместительную терапию левотироксином в суточной дозе 150 мкг, тиреоидный статус на этой дозе – эутиреоидный (уровень ТТГ – 1,6 мкЕД/мл). Однако, в течение последних 1,5 – 2 месяцев пациентка стала отмечать появление новой для себя клинической симптоматики: онемение пальцев рук, ног, вокруг рта, фибриллярные подергивания, судороги скелетных мышц, сопровождающиеся немотивированным чувством беспокойства, страха. При осмотре: определяется Хвостек II степени, симптом Вейса. Уровень скорректированного Са в плазме крови 1,8 ммоль/л. На ЭКГ: удлинение интервала QT.

Вопрос:

1. Какова причина появления «новых» для пациентки жалоб и симптомов
2. Укажите план дообследования пациентки
3. Укажите группы препаратов для коррекции возникших нарушений

Задача 42

Пациентка 43 лет направлена на консультацию к эндокринологу с жалобами на общую слабость, снижение концентрационной способности, плохой аппетит, тошноту, запор, боли в спине, усиливающиеся после физической нагрузки, при длительном пребывании в одном положении (сидя, стоя). Кроме этого, пациентка отмечает уменьшение на 2 см роста. В анамнезе нетравматичный перелом V правой плюсневой кости. При обследовании у пациентки – уровень ионизированного Са – 1,6 ммоль/л. На ЭКГ: укорочение интервала QT.

Вопрос:

1. Укажите возможную причину указанных клинических симптомов и результатов обследования
2. Укажите план дообследования
3. Укажите тактику ведения пациентки

Задача 43

У пациента 55 лет с первичной хронической надпочечниковой недостаточностью на фоне ОРВИ стала прогрессировать следующая симптоматика: выросла гиперпигментация кожных покровов и слизистых, резко снизился аппетит, появились тошнота, рвота, выросла тахикардия до 110 сокращений в минуту, цифры АД 80/50 мм рт. ст. Пациент находится на заместительной терапии Кортисоном в суточной дозе 30 мг и кортизоном в суточной дозе 0,1 мг. На момент осмотра: адинамичен, в сознании, малоактивен.

Вопросы:

1. Укажите причину возникшей клинической симптоматики
2. Укажите план дообследования пациентки
3. Укажите план лечения

Задача 44

Пациент 25 лет обратился к врачу с жалобами на бесплодие и нарушение половой функции (снижение либидо и потенции). При осмотре обращает на себя внимание сочетание высокого роста пациента (187 см) и непропорционального телосложения (длинные ноги и короткое туловище). ИМТ = 26,5 кг/м². Недостаточный рост волос на лице, оволосение лобка по женскому типу. Половой член нормальных размеров, маленькие плотные яички.

При оценке спермограммы отмечается азооспермия. Концентрация общего тестостерона плазмы снижена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Укажите тактику ведения пациента

Задача 45

Пациентка 28 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на олигоменорею, бесплодие (в браке состоит 5 лет, средства контрацепции не использует), выделения из желез молокоподобной жидкости, эмоциональную лабильность, перепады настроения, снижение внимания и памяти. Из анамнеза известно: менархе – в 14 лет, далее цикл регулярностью не отличался. В последние 2 года возможны задержки до 1-2 месяцев, менструации очень скудные, 2-3 дня, безболезненные. При осмотре: пациентка нормостенического телосложения, ИМТ= 28,5 кг/м². Выраженность галактореи по шкале составляет (++).

При оценке уровня пролактина – биологически активный пролактин 1800 мкЕд/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Предложите план лечения пациентки

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними

самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
1.	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 752 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
2.	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. Ф. Фадеев - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 432 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
3.	Эндокринология [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов / Я. В. Благосклонная, Е. В. Шляхто, А. Ю. Бабенко. – 3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2012. – 422 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ
4.	Сахарный диабет в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов, аспирантов / В. Н. Ларина, Е. В. Кудина. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 38 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
5.	Клиническая эндокринология [Электронный ресурс] : крат. курс : учеб.-метод. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 186 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ
6.	Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Электронный ресурс] / Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др. ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. – 95 с.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
7.	Атлас детской эндокринологии и нарушений роста [Электронный ресурс] : пер. с англ. / Джереми К. Х. Уэльс, Йен-Маартен Вит, Алан Д. Рого. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
8.	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] : [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 191 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
9.	Предиабет. Современные возможности диагностики и лечения [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Б. Демидова, Ф. О. Ушанова ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эндокринологии лечеб. фак. - Москва, 2019. - На обл. авт. не указ. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
10.	Атлас эндокринной хирургии / С. Э. Карти, Д. Г. Бельцевич. – Москва : Логосфера, 2019. – [Электронный ресурс] Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
11.	Сборник клинических случаев в практике эндокринолога [Электронный ресурс] : учебное пособие / [Т. Ю. Демидова, Е. Ю. Грицкевич, Ф. О. Ушакова и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эндокринологии лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
12.	Биотехнология : учебник [Электронный ресурс] / под ред. Колодязной В. А. , Самотруевой М. А. , 2020. - 384 с.- Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
13.	Биоинформатика : учебник / Н. Ю. Часовских. - [Электронный ресурс] .-2020 - 352 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
14.	Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации [Электронный ресурс] /	Удаленный доступ

	Джайн К.К., Шарипов К.О. - М. : Литтерра, 2020. - 576 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	
15.	Основы персонализированной и прецизионной медицины: учебник / под ред. С. В. Сучков. - 624 с. -2020.- [Электронный ресурс] .-Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
16.	Персональная телемедицина Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем [Электронный ресурс]. / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва : Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
17.	Инновационная экономика : [Электронный ресурс] учебное пособие / А. А. Якушев, А. В. Дубынина. – Москва : Финансы и статистика, 2017. – Режим доступа: http://ibooks.ru .	Удаленный доступ
18.	Нанобиотехнологии в медицине : нанодиагностика и нанолечения : актовая речь / Арчаков Александр Иванович ; А. И. Арчаков ; Российский государственный медицинский университет. [Электронный ресурс] -- Москва, 2009. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
19.	Нанобиотехнологии : практикум / под ред. А. Б. Рубина. – 4-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 403 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
20.	Компьютерное моделирование для решения задач фармакокинетики. Компьютерная реализация одно- и двухкамерных фармакокинетических моделей [Электронный ресурс] : методические разработки для преподавателей к практическим занятиям по курсу "Медицинская информатика" / С. П. Олимпиева, В. В. Киликовский, Е. С. Муравьева ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Мед.-биол. фак., каф. мед. кибернетики и информатики. . - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
21.	Биофармация, или основы фармацевтической разработки, производства и обоснования дизайна лекарственных форм : [учеб. пособие] [Электронный ресурс]. / И. И. Краснюк, Н. Б. Демина, М.Н. Анурова, Н. Л. Соловьева. – Москва : Гэотар-Медиа, 2020. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
22.	Наноструктуры в биомедицине [Электронный ресурс] : пер. с англ. / под ред. К. Гонсалвес [и др.]. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 536 с.Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
23.	Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / под ред. Г. И. Марчука. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – 296 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
24.	Биомедицинские нанотехнологии, [Электронный ресурс] / Будкевич Е.В., Будкевич Р.О. - Издательство "Лань" ЭБС ЛАНЬ, 2020. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ
25.	Медицинская нанобиотехнология [Электронный ресурс] : учебник / П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; под ред. В. П. Чехонина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
26.	Культура животных клеток [Электронный ресурс] / Р.Я. Фреши - М. : Лаборатория знаний, 2018. – 791 с. - Режим доступа : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp	Удаленный доступ
27.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
28.	Молекулярное моделирование [Электронный ресурс] : теория и практика : пер. с англ. / Х.-Д. Хельте [и др.]. – 3-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 322 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
29.	Фармакогеномика [Электронный ресурс] : [учебное пособие медико биологических факультетов медицинских вузов] / Н. Л. Шимановский ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. молекул. фармакологии и радиобиологии	Удаленный доступ

	мед.-биол. фак. - Электрон. дан. - Москва : Изд-во РАМН, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	
30.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. -- Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
31.	Контроль качества и стандартизация лекарственных средств [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие по производственной практике / под ред. Г. В. Раменской, С. К. Ордабаевой– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
32.	Нанозлектроника [Электронный ресурс]. Состояние и перспективы развития : учеб. пособие / А. Н. Игнатов. – Москва : ФЛИНТА, 2012. – 360 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
33.	ПЦР в реальном времени[Электронный ресурс]. / [Д. В. Ребриков, Г. А. Саматов, Д. Ю. Трофимов и др.] ; под ред. Д. В. Ребрикова. – 8-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
34.	NGS высокопроизводительное секвенирование [Электронный ресурс] / Д. В. Ребриков, Д. О. Коростин. – 2-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. - 232 с. – Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	Удаленный доступ
35.	Биохимические основы химии биологически активных веществ [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Коваленко Л. В. – 3-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 232 с- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
36.	Гены по Льюису / Дж. Кребс, Э. Голдштейн, С. Килпатрик : [Электронный ресурс]. пер. 10-го англ. изд. –Москва : Лаб. знаний, 2021. – 919 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
37.	Клетки по Льюису : пер. 2-го англ. изд. [Электронный ресурс]. / Л. Кассимерис [и др.] – Москва : Лаб. знаний, 2018. – 1056 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
38.	Молекулярная биология : рибосомы и биосинтез белка : [Электронный ресурс]. [учеб. для высш. учеб. заведений] / А. С. Спирин. – Москва : Лаб. Знаний, 2019. – 576 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
39.	Нанозлектроника : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / А. А. Щука. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 344 с. — Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
40.	Нанозлектроника : теория и практика : [Электронный ресурс]. учебник / В. Е. Борисенко [и др.] – Москва: Лаб. знаний, 2020. – 366 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
41.	Практикум по объектно-ориентированному программированию / И. А. Бабушки-на, С. М. Окулов. [Электронный ресурс]. – 5-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 369 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
42.	Принципы и методы биохимии и молекулярной биологии : [Электронный ресурс]. пер. с англ. / ред. : К. Уилсон, Дж. Уолкер. – 3-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
43.	Программирование : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / Н. А. Давыдова, Е. В. Боровская. – 4-е изд. Москва : Лаб. знаний, 2020. – 241 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
44.	Трансплантология и искусственные органы : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. С. В. Готье. – Москва : Лаб. знаний, 2022. – 320 с. — Adobe Acrobat	Удаленный доступ

	Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	
45.	Фармацевтическая химия : [Электронный ресурс]. учебник / Э. Н. Аксенова, О. П. Андрианова ; под ред. Г. В. Раменской. – Москва : Лаб. знаний, 2021. – 472 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
46.	Фармацевтическое информирование : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. А. А. Свистунова, В. В. Тарасова. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 320 с.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
47.	Численные методы [Электронный ресурс]. / Н. С. Бахвалов, Н. П. Жидков, Г. М. Кобельков. – 9-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 636 с. : ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
48.	Математические методы в биологии: анализ биологических данных в системе Statistica: [Электронный ресурс]. учеб. пособие для вузов / С. Н. Гашев, Ф. Х. Бетляева, М. Ю. Лупинос. [Электронный ресурс] – Москва : Юрайт, 2020. – (Высшее образование).- Режим доступа : http:// urait.ru	Удаленный доступ
49.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
50.	Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии : [Электронный ресурс]. учеб. пособие для мед. вузов / [А. Аббати и др.] ; ред. : В. Гмел, Э. И. Брилл ; пер. с англ. А. Е. Лю-бовой. – Москва : Лаб. знаний, 2021. – 440 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ

5. Материально-техническое обеспечение государственной итоговой аттестации

При прохождении государственной итоговой аттестации обучающиеся обеспечиваются материально-техническим оборудованием и библиотечным фондом. Каждый обучающийся имеет доступ к компьютерным технологиям, мультимедийному оборудованию.

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения	Наборы наглядных электронных материалов по различным разделам дисциплины, учебная мебель, рабочее место преподавателя, шкаф для документов, ноутбук, проектор, экран
2	Компьютерный класс Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения	Рабочее место преподавателя, учебная мебель, компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду
3	Аудитория, оборудованная фантомной и симуляционной техникой, имитирующей	Тонометры, стетофонендоскопы, термометры, медицинские весы, ростомер, биоимпедансный анализатор состава тела, суточный монитор

	медицинские манипуляции и вмешательства	артериального давления, Холтеровский монитор ЭКГ, динамометр ручной, глюкометры, демонстративные инсулиновые шприц ручки, приборы для непрерывного мониторинга гликемии, инсулиновые помпы с демонстрационным муляжом передней брюшной стенки, комплект инструментов для оценки чувствительности: монофиламент, тип-терм, градуированный камертон, демонстративные шприц ручки препаратов арГПП-1, обучающие «тарелки» для подсчета хлебных единиц
4	Помещение для самостоятельной работы обучающихся, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации	учебная мебель (столы, стулья), компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду