

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2025 12:07:40
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования

Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

11 июня 2025г., протокол УМС №5

Эндокринология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Внутренних болезней**

Учебный план о310854-ОбщВрачПракт-25-1.plx
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108

в том числе:

аудиторные занятия 58

самостоятельная работа 50

Виды контроля в семестрах:

зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	уп	рп	уп	рп
Неделя	16			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	4	4	4	4
Практические	54	54	54	54
Итого ауд.	58	58	58	58
Контактная работа	58	58	58	58
Сам. работа	50	50	50	50
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

Д.м.н., Профессор, Добрынина И.Ю.

Рабочая программа дисциплины

Эндокринология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.54
Общая врачебная практика (семейная медицина) (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 16)

составлена на основании учебного плана:

31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2025 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры от 25.04.2025 протокол №7

Внутренних болезней

Зав. кафедрой профессор, д.м.н Арямкина О.Л.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	подготовка квалифицированного врача общей врачебной практики (семейная медицина), обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, готового для самостоятельной профессиональной деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Патология
2.2.2	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.2.3	Физиотерапия (адаптационная программа)
2.2.4	Современные функциональные методы в клинике внутренних болезней
2.2.5	Инфекционные болезни и туберкулез в практике семейного врача
2.2.6	
2.2.7	Неврология
2.2.8	Эндокринология
2.2.9	
2.2.10	Педагогика
2.2.11	Клиническая фармакология
2.2.12	Медицина чрезвычайных ситуаций
2.2.13	Инфекционные болезни и туберкулез в практике семейного врача
2.2.14	Неврология
2.2.15	Семейная психология
2.2.16	Производственная (клиническая) практика, базовая часть
2.2.17	Производственная (клиническая) практика, вариативная часть

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
---	--

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	– < анатомию и физиологию человека, половые и возрастные особенности;
3.1.2	– вопросы общей патологии, иммунологии и реактивности организма;
3.1.3	– клиническое значение лабораторных исследований в диагностике заболеваний;
3.1.4	– вопросы экспертизы трудоспособности и основы законодательства по вопросам медико-социальной экспертизы и социально-трудовой реабилитации;
3.1.5	– принципы первичной профилактики заболеваний, формы и методы санитарно-просветительской
3.1.6	– Международную классификацию болезней (МКБ);
3.1.7	– особенности поражения при сахарном диабете, тиреотоксикозе, гипотиреозе, заболеваниях почек и
3.1.8	– лабораторную, функциональную, инструментальную диагностику, терапию и профилактику заболеваний, часто встречающихся у кардиологических больных эндокринных заболеваний (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, заболевания надпочечников)>
3.2	Уметь:
3.2.1	< провести опрос больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания;

3.2.2	– оценить тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из тяжелого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь и при необходимости провести реанимационные мероприятия, определить показания для госпитализации и организовать ее;
3.2.3	– определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгеновских, функциональных и др.)>

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Сахарный диабет					
1.1	Определение, классификация и скрининг населения с целью выявления сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе /Лек/	1	2	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Э1	
1.2	Эпидемиология сахарного диабета Группы высокого риска сердечно-сосудистых осложнений среди больных сахарным диабетом /Пр/	1	18	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Э1	
1.3	Мероприятия по снижению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом Особенности ведения и лечения больных сахарным диабетом /Ср/	1	14	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.2 Э1	
	Раздел 2. Заболевания щитовидной железы					
2.1	Течение и особенности лечения больных при заболеваниях щитовидной железы, сопровождающихся гипертиреозом	1	1	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.2 Э1	
2.2	Течение и особенности лечения больных при заболеваниях щитовидной железы, сопровождающихся гипотиреозом	1	18	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.4 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.2 Э1	
2.3	Течение и особенности лечения больных при заболеваниях щитовидной железы, сопровождающихся гипотиреозом	1	18	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.2 Э1	
	Раздел 3. Эндокринные заболевания, вызывающие вторичные артериальные					
3.1	Синдром гиперкортицизма (с-м Кушинга) Синдром гиперальдостеронизма (первичный и вторичный) Феохромоцитома Синдром гиперкальциемии /Лек/	1	1	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.2 Э1	
3.2	Феохромоцитома Синдром гиперкальциемии /Пр/	1	18	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.2 Э1	
3.3	Синдром гиперпаратиреоза /Ср/	1	18	ПК-1.1		

3.4	/Контр.раб./	1	0	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.2 Э1	
3.5	/Зачёт/	1	0	ПК-1.1	Л1.1Л2.1 Л2.2Л3.2 Э1	

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Вебер В. Р., Копина М. Н.	Эндокринология: Учебник Для вузов	Москва: Юрайт, 2020, https://urait.ru/bcode/449129	1

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.	Клиническая эндокринология детей и подростков: Учебное пособие: В 2 частях. Часть 1	Москва: ООО "Научно-издательский центр "НФРА-М", 2020, http://new.znanium.com/go.php?id=1017345	1
Л2.2	Абдулхабирова Ф. М., Андреева Е. Н., Артемова А. М., Дедов И. И., Мельниченко Г. А.	Эндокринология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022	4

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Добрынина И. Ю., Громова Г. Г.	Техника инсулинотерапии и контроля уровня гликемии у больных сахарным диабетом в домашних условиях: учебно- методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2018	35
Л3.2		Методическое пособие для самостоятельной работы ординатора дисциплине: Эндокринология: Уровень подготовки кадров высш квалификации:	, 2015	0

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1 | ЭБС «Консультант студента» <http://studmedlib.ru/>

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1 | Операционные системы Microsoft

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1 | <http://www.garant.ru> Информационно-правовой портал Гарант.ру

6.3.2.2 | <http://www.consultant.ru> Справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	7.1 1.Ноутбук ASUS F6V(1шт)
7.2	7.2 2.Медиапроектор Panasonic(1шт.)
7.3	7.3 3.Стационарным экраном Digis(1шт.)
7.4	7.4 4. Рентгенангиографическая установка «Allura FD 10» «PHILIPS» Netherlands2012г.(1шт.)
7.5	7.5 5.Монитор слежения за состоянием пациента «PHILIPS» Netherlands 2012г.(1шт.)
7.6	
7.7	стр. 9
7.8	7.6 6.Аппарат УЗИ Supress «ACUSON» Germany 2003г.(1шт.)
7.9	7.7 7. Цифровая диагностическая система для выполнения внутрисосудистых и внутриклар-диальных ультразвуковых исследований iLab USA 2012г.(1шт.)
7.10	7.8 8.ЭФИ система «Pruka» «GE» USA 2008г.(1шт.)
7.11	7.9 9.Аппарат внутрисосудистого УЗИ «Invus» «JOMED» USA 2003г.(1шт.)

Форма оценочного материала для текущего контроля и промежуточной аттестации*Название дисциплины Эндокринология*

Код, направление подготовки	Общая врачебная практика (семейная медицина), 31.08.54
Направленность (профиль)	Квалификация: Врач-общей врачебной практики (семейная медицина)
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

1. ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПОДИСЦИПЛИНЕ**1 семестр****1.1. Список вопросов к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора:**

1. Дифференциальная диагностика эндокринологических синдромов. Обследование больных с заболеваниями эндокринной системы.
2. Лабораторные и инструментальные методы исследования в эндокринологии.
3. Заболевания щитовидной железы. Синдромы гипотиреоза, тиреотоксикоза. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Сахарный диабет. Классификация. Патогенез в зависимости от вида диабета. Критерии диагностики. Дифференцированный подход к диетотерапии. Показания к инсулинотерапии. Лечение гестационного диабета. Диагностика и лечение осложнений сахарного диабета.
5. Заболевания гипоталамо – гипофизарной системы. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКТГ: болезнь Иценко-Кушинга, вторичный гипокортицизм.
6. Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста: акромегалия, гигантизм, соматотропная недостаточность.
7. Заболевания надпочечников. Синдром гиперальдостеронизма. Синдром гиперкортицизма. Синдром гипокортицизма. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Метаболический синдром. Критерии диагноза. Современная тактика ведения.

1.2. Ситуационные задачи к практическим занятиям и для самостоятельной работы ординатора:

1.2.1 Инструкция для решения ситуационной задачи:

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения сопутствующих заболеваний;
 - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

Задача 1

Женщина, 58 лет. Жалобы на жажду, жидкости выпивает до 3 литров в сутки, частое мочеиспускание, зуд промежности, слабость, головокружение, головную боль, прогрессирующее снижение зрения.

Из анамнеза заболевания. Жалобы на головные боли и жажду больше 5 лет. В течение последних 4 лет состоит на учете у эндокринолога, наблюдается нерегулярно, лечение не принимает. Ухудшение состояния в течение месяца на фоне стрессового состояния.

Из анамнеза жизни. Роды одни, ребенок весом при рождении 4,5 кг. Менопауза 10 лет.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела 120 кг, вес 158 см. Кожный покров обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7 см. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 136 г/л; лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л; СОЭ – 24 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1020, кислая; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр; сахар «+».

Биохимическое исследование крови: АсАТ – 16 U/L (8–33 U/L); АлАТ – 16 U/L (4–36 U/L); глюкоза – 10,3 ммоль/л; креатинин – 84 ммоль/л; мочевины – 6,3 ммоль/л; общий белок – 69 г/л; общий холестерин – 8,1 ммоль/л; триглицериды – 2,93 ммоль/л.

Гликированный Нв: 9,4 % (норма до 6 %).

С-пептид: 1,4 нг/мл (норма 1,1–4,4).

Задача 2

Девушка, 19 лет, студентка. Жалобы на резкую слабость, тошноту, рвоту пищей, боли в животе острого характера, жажду.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной около месяца, когда появилась немотивированная слабость, жажда, снижение аппетита, за месяц похудела на 7 кг.

Последнее ухудшение в течение суток, когда возникли жалобы на общую слабость, многократную рвоту.

Из анамнеза жизни. Наследственность не отягощена.

Объективно. Состояние тяжелое. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Оглушенность. Язык сухой, обложен. Кожа сухая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный ЧСС 96 в мин. АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Положительный симптом Губергрица, при пальпации боль иррадирует в левое подреберье.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 2 %; палочкоядерные нейтрофилы – 0 %; сегментоядерные нейтрофилы – 66 %; лимфоциты – 20 %; моноциты – 12 %.

ОАМ: удельный вес – 1032; белок – 0,033 г/л; ацетон «++++»; глюкоза «+», эпителий – ед. в п/зр; сахар «+»

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 20 ммоль/л; АсАТ – 30 Ед/л (N 0–35 Ед/л); АлАТ – 42 Ед/л (N 0–45 Ед/л); мочевины – 7,5 ммоль/л; креатинин – 100 мкмоль/л.

С-пептид : 0,3 нг/мл (норма 1,1–4,4). Ацетон мочи «+++».

Задача 3

Женщина, 46 лет. Жалобы на приступы головной боли, сопровождающиеся стеснением в груди, удушьем, сердцебиением, дрожью, сухостью во рту, потливостью, рвотой.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной 3 года, когда стали беспокоить вышеописанные жалобы. Приступы возникают 3–4 раза в месяц после физической нагрузки и без определенной причины, длятся по 3–5 минут, проходят самостоятельно. Во время приступа АД повышается до 150–170/95–100 мм рт. ст. После приступа отмечает обильное мочеиспускание. В межприступный период отмечаются непостоянные головные боли, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, общую слабость.

Из анамнеза жизни. Наследственность не отягощена. Менструация с 15 лет, регулярно. Беременность – 3, роды – 2, аборт – 1.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологичной окраски, влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 82 в мин. Пульс 82 уд./мин, АД 150/95 мм рт. ст. Во время обследования (пальпация живота) внезапно появилась одышка, сухой кашель, пульсирующая головная боль, стеснение в груди, гиперемия кожного покрова, потливость, пульс 136 уд./мин, АД 230/125 мм рт. ст. Через 7–10 минут самочувствие улучшилось, пульс 100 уд./мин, АД 170/105 мм рт. ст., познание, через 15–20 минут – обильный диурез.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; Hb – 130 г/л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: отн. плотность – 1019; белок не обнаружен, глюкоза – следы.

Биохимическое исследование крови: Глюкоза крови (натощак) – 7,0 ммоль/л. Глюкоза крови (после криза) – 7,3 ммоль/л.

Ванилилминдальная кислота в моче 50 мкмоль/сутки (норма до 35 мкмоль/сутки).

Адреналин мочи 85 нмоль/сут (норма 0–70 нмоль/сут), норадреналин мочи 230 нмоль/сут (норма 0–190 нмоль/сут).

Задача 4

Мужчина, 43 года, программист. Жалобы на отеки голеней, слабость.

Из анамнеза заболевания. Болен сахарным диабетом в течение 15 лет. Заболевание началось остро с кетоацидотической комы. В течение 7 лет беспокоит прогрессирующее снижение зрения. В течение последнего года появилась отеки голеней. Получает лечение: 40 ед. инсулина в сутки однократно перед завтраком.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Пастозное лицо, массивные отеки на голенях. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин в покое. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 87 в мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову: 14; 12; 9 см.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$; Hb – 142 г/л; лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 3 %, п/я нейтрофилы – 2 %, с/я нейтрофилы – 73 %, лимфоциты – 18 %, моноциты – 4 %; СОЭ – 5 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л; альбумин – 25 г/л; холестерин – 8,6 ммоль/л; креатинин – 150 мкмоль/л;

ОАМ: уд. вес 1035; белок – 6,0 г/л; лейкоциты – 3–4 в п/зр; эритроциты – 1–2 в п/зр; цилиндры гиал. – 4–5 в п/зр.; сахар – 2,5 %; ацетон отрицательный.

Проба Реберга: клубковая фильтрация 59 мл/мин; канальцевая реабсорбция – 97 %. Гликемический профиль: 8.00 – 8,1 ммоль/л; 11.00 – 7,9 ммоль/л; 14.00 – 11,6 ммоль/л; 17.00 – 3,2 ммоль/л; 20.00 – 11,8 ммоль/л.

Задача 5

Женщина, 42 года, цветовод. Жалобы на прибавку в весе на 12 кг за год, слабость, сонливость, зябкость, запоры, сухость кожного покрова, боли в области сердца, парестезии, судороги в кистях и ногах при физической работе на даче.

Из анамнеза заболевания. Операция струмэктомии по поводу диффузного токсического зоба год назад.

Объективно. Пастозное лицо, отеки век, кожа сухая, гиперкератоз в области локтей. Язык обложен, с отпечатками зубов. В области шеи послеоперационный рубец. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Пульс 66 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. АД 105/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову: 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb – 132 г/л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; СОЭ – 15 мм/ч.

ОАМ: уд. вес 1019; белок отрицательный, лейкоциты – 1–2 в п/зр., эритроциты – 0–1 в п/зр. ТТГ – 5,8 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0); Т₄ своб – 6,5 пмоль/л (норма 12–22); Са⁺ крови – 1,8 ммоль/л (2,2–2,75 ммоль/л).

ЭКГ: зубец Т на изолинии и слабо отрицательный в V₃–V₆.

1.3 Клинический разбор неотложных ситуаций

1.3.1 Инструкции к проведению клинического разбора:

По каждому разделу ординатору предлагается история болезни пациента в неотложном состоянии (из банка историй болезни кафедры внутренних болезней), созданная на основе реальных клинических случаев.

Необходимо провести разбор случая по следующим пунктам:

- анализ данных сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни с целью выявления всех факторов, предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- постановка первичного диагноза, перечень состояний для дифференциального диагноза, обоснование плана обследования;

- анализ лабораторных данных обследования с целью выявления всех данных, характеризующих неотложное состояние и/или предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- анализ инструментальных методов исследования с целью выявления всех данных, характеризующих неотложное состояние и/или предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- постановка клинического диагноза с учетом всех результатов обследования;
- анализ проведенного лечения с использованием действующих инструкций для каждого препарата сайта ГРЛС, в том числе с целью выявления фактов ятрогенного влияния, побочных действий препаратов, передозировки препаратов (причины неотложного состояния);
- составить рекомендации для дальнейшего ведения пациента.

Результаты клинического разбора оформить в презентации.

Форма оценочного материала для диагностического тестирования.

Эндокринология, 1 семестр

Название дисциплины

Код, направление подготовки	Общая врачебная практика (семейная медицина), 31.08.54
Направленность (профиль)	Квалификация: Врач-общей врачебной практики (семейная медицина)
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ, ЕСЛИ БОЛЬШАЯ ПРОБА С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ СНИЖАЕТ ЭКСКРЕЦИЮ КОРТИЗОЛА С МОЧОЙ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 50% У БОЛЬНЫХ С МИКРОАДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА	А) <u>трансфеноидальная гипофизэктомия</u> Б) двусторонняя адrenaлэктомия В) односторонняя адrenaлэктомия Г) лечение мамомитом Д) ципрогептадин	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЛИШЬ ПРИ ФЕОХРОМАЦИТОМЕ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?	А) нарушение толерантности к глюкозе Б) похудение В) эпизодические головные боли Г) <u>ортостатическая гипотензия</u> Д) тахикардия и потоотделение Е) сравнительно доброкачественные офтальмоскопические данные	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 3. При каком из перечисленных состояний могут быть выявлены гипертензия, гипокалиемический алкалоз, низкий уровень ренина и альдостерона:	А) нефриты с потерей соли Б) цирроз печени В) прием диуретиков Г) <u>прием глицерама (корень солодки)</u> Д) гиперплазия юкстагломерулярных клеток	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 4. ГИПОГЛИКЕМИЯ ВЫЗЫВАЕТ РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГОРМОНОВ КРОМЕ	А) пролактин Б) СТГ В) АКГГ Г) ТТГ Д) ФСГ Е) В-липотропин	низкий	2,0

	ОДНОГО. КАКОГО?			
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<p><i>Укажите один правильный ответ</i></p> <p>5. У 34-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СОДЕРЖАНИЕ К-2,7 ММОЛЬ/Л. ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ – АЛЬДОСТЕРОН (В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА) –55 НГ/ДЦЛ (НОРМА 1-16), НЕ СНИЖАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИЗОТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА НАСЛ, РЕНИН –0,1 НГ/МЛ/Ч (НОРМА 0,15-2,33). ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ АЛЬДОСТЕРОН –32 НГ/ДЦЛ (НОРМА 4-31), РЕНИН 0,1 НГ/МЛ/Ч (НОРМА 1,31-3,95), И 18-ГИДРОКСИКОРТИКОСТ ЕРОН СЫВОРОТКИ –108 НГ/ДЦЛ (НОРМА МЕНЬШЕ 30). КАКОВ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?</p>	<p>А) первичный гиперальдостеронизм на фоне двусторонней гиперплазии надпочечников</p> <p>Б) вторичный альдостеронизм</p> <p>В) <u>альдостерома</u></p>	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<p><i>Укажите один правильный ответ</i></p> <p>6. У 40-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫЯВЛЕНО ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ АЛЬДОСТЕРОНА В КРОВИ И ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ РЕНИНА ПРИ ОБЫЧНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ СОЛИ. ПРИ КАКИХ СОСТОЯНИЯХ, ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ, ВОЗМОЖНЫ ТАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ?</p>	<p>А) ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ</p> <p>Б) БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА</p> <p>В) АЛЬДОСТЕРОМА</p> <p>Г) <u>ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ</u></p>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<p><i>Укажите один правильный ответ</i></p> <p>7. 47-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА ПОСТЕПЕННОЕ РАЗВИТИЕ ЖАЖДЫ И ПОЛИУРИИ. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОТРЕБЛЯЕМОЙ И ВЫДЕЛЯЕМОЙ ЖИДКОСТИ В ПРЕДЕЛАХ 5-6 ЛИТРОВ. НОЧЬЮ МОЧИТСЯ ОДИН РАЗ. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ 1003-1006. ОСМОЛЯРНСТЬ ПЛАЗМЫ 278 МОСМ/Л</p>	<p>А) сахарный диабет</p> <p>Б) <u>первичная полидипсия</u></p> <p>В) несахарный диабет</p> <p>Г) почечная полиурия (почечный диабет)</p>	средний	5,0

	(НОРМА 285-310), АД 140/80 ММ РТ.СТ., ЧСС 76 В МИН. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЕЗ ВИДИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, ПОЛЯ ЗРЕНИЯ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ГЛЮКОЗУРИЯ ОТСУТСТВУЕТ, ЭЛЕКТРОЛИТЫ СЫВОРОТКИ В НОРМЕ. ДАННЫХ ЗА ПОРАЖЕНИЕ ГИПОФИЗА НЕТ. ДО ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННОМУ СЛУЧАЮ?			
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 8. У 48-ЛЕТНЕЙ НЕРОЖАВШЕЙ ЖЕНЩИНЫ С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ТИРОТОКСИКОЗА ОТМЕЧАЕТСЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ЗОБ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ, ОФТАЛЬМОПАТИЯ ОТСУТСТВУЕТ. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ: Т ₃ -245 НГ/ДЛ (НОРМА 90-200), Т ₄ -16,2 НГ/ДЛ (НОРМА 4,5-12), ТТГ-1 МКМОЛЬ/МЛ (НОРМА 0,5-3,6), ПОГЛОЩЕНИЕ I ¹³¹ <1% ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА (НОРМА 20-35%), ТИРОГЛОБУЛИН –25 НГ/МЛ (НОРМА 2-20), СОЭ-10 ММ/ЧАС. КАКОВ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?	А) йод-индуцированный тиротоксикоз Б) лекарственный гипертироз В) подострый тиреоидит Г) <u>безболевая форма тиреоидита</u>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите все правильные ответы</i> Что из следующего является антидиуретиком при несахарном диабете?	А) <u>клофибрат</u> Б) <u>хлорпропамид</u> В) <u>тиазид</u> Г) <u>тегретол</u>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 10. 42-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА, СТРАДАЮЩАЯ ОЖИРЕНИЕМ, НЕ КУРЯЩАЯ, ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕННОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД И НЕРЕГУЛЯРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ ОБРАЩАЕТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ПОЛНОЕ, ПЛЕТОРИЧЕСКОЕ ЛИЦО, ПОВЫШЕННОЕ ОВОЛОСЕНИЕ ЛИЦА, ТУЛОВИЩНОЕ ОЖИРЕНИЕ С	а) внутривенная урография б) измерение уровня кортизола в сыворотке крови в 8.00 и в 16.00 в) тест супрессии с клофелином г) аспирация и биопсия костного мозга д) низкодозовый тест супрессии с дексаметазоном	средний	5,0

	<p>КРАСНЫМИ СТРИЯМИ ВОКРУГ ЖИВОТА, РАССЕЯННЫЕ ПО ВСЕМУ ТЕЛУ ЭКХИМОЗЫ. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ ВКЛЮЧАЮТ: НЬ — 180 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ — $18 \times 10^9/\text{л}$, ТРОМБОЦИТЫ В НОРМЕ. ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ФОРМУЛА ПОКАЗЫВАЕТ АБСОЛЮТНЫЙ НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ И АБСОЛЮТНУЮ ЛИМФОПЕНИЮ И ЭОЗИНОФИЛИЮ. РЕНТГЕНОГРАММА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В НОРМЕ. ВЫБЕРИТЕ СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ</p>			
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите все правильные ответы</i> 10. ЖЕНЩИНА 21 ГОДА ЖАЛУЕТСЯ НА ВЫРАЖЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ, ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НОРМАЛЬНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ. ОВОЛОСЕНИЕ НА ЛОБКЕ И В ПОДМЫШЕЧНЫХ ВПАДИНАХ ОТСУТСТВУЕТ. АД – 220/110 ММ.РТ.СТ. УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВИЛА. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ГИПОКАЛИЕМИЯ, УРОВЕНЬ НАТРИЯ НА ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕ НОРМЫ. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?</p>	<p>А) кариотипирование Б) <u>кортизол плазмы</u> В) тестостерон сыворотки Г) <u>ренин плазмы</u> Д) определение экскреции калия с мочой Е) <u>АКТГ плазмы</u></p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите правильный ответ</i> 13 35-летняя женщина перенесла кесарево сечение по экстренным показаниям и гистерэктомии на 34-й неделе беременности по поводу кровотечения, обусловленного вросшей плацентой. Внутривенно капельно введена эритроцитная масса. В течение 30 мин сохранялась артериальная гипотензия. Выберите гормон, выработка которого, наиболее вероятно, может пострадать в ходе заболевания у данной пациентки</p>	<p>а) адренокортикотропный гормон (АКТГ) б) пролактин в) тиреотропный гормон (ТТГ) г) фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) д) антидиуретический гормон</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>
<p>ПК -5</p>	<p><i>Укажите правильный ответ</i></p>	<p>а) пациент здоров, нет</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>

ПК-6 ПК-8	14. Больной 65 лет. Рост 160 см, масса тела 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы в крови натощак — 6,2 ммоль/л. Выберите тактику ведения данного пациента	необходимости в дальнейших исследованиях и лечении б) у больного сахарный диабет, необходимо соблюдение диеты и контроль уровня глюкозы в крови в динамике в) для решения дальнейшей тактики ведения пациента необходимо проведение перорального глюкозотолерантного теста г) у пациента гипогликемия, необходимо тщательно собрать анамнез д) необходимо определить уровень глюкозы в моче		
ПК-5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 15. К ПАЦИЕНТКЕ 75 ЛЕТ ВЫЗВАЛА ВРАЧА ДОЧЬ, ОБЕСПОКОЕННАЯ НАРАСТАЮЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ МАТЕРИ, НЕАДЕКВАТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (СЧИТАЕТ, ЧТО СОСЕДИ ВОРУЮТ У НЕЕ ВЕЩИ). МАТЬ ПОХУДЕЛА ЗА ГОД БОЛЕЕ ЧЕМ НА 15 КГ, ПЕРЕСТАЛА ВЫХОДИТЬ ИЗ ДОМУ, СТРАДАЕТ ОДЫШКОЙ. КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ЛЕЧИТЬСЯ. РАНЬШЕ У НЕЕ БЫЛА ГИПЕРТЕНЗИЯ, АД ДОСТИГАЛО 200 ММ РТ. СТ. НОСИЛА ОДЕЖДУ 56-ГО РАЗМЕРА, СЕЙЧАС — 46-ГО. НЕСКОЛЬКО ЛЕТ НАЗАД СТРАДАЛА ЗАПОРАМИ, ТЕПЕРЬ СТУЛ РЕГУЛЯРНЫЙ, ИНОГДА ДАЖЕ 2 РАЗА В ДЕНЬ. АД 140/80 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС АРИТМИЧНЫЙ С ДЕФИЦИТОМ 24 В 1 МИН. ТОНЫ СЕРДЦА ОБЫЧНОГО ХАРАКТЕРА, ШУМОВ НЕТ. В ЛЕГКИХ — КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ. ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, НО В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАСТОЙНЫХ ВЛАЖНЫХ ХРИПОВ. ПЕЧЕНЬ ВЫСТУПАЕТ НА 3 СМ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ И СТОП. НА ЭКГ — ТАХИСИСТОЛИЧЕСКАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. НЕСМОТЯ НА СНИЖЕННЫЙ ТУРГОР	а) атеросклероз сосудов головного мозга, старческая деменция б) гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность в) рак кишечника г) тиреотоксикоз д) ИБС, фибрилляция предсердий НК-2Б	средний	5,0

	<p>ТКАНЕЙ, КОЖА ВЛАЖНАЯ, ЦИАНОЗА НЕТ. ПАЛЬПИРУЕТСЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА МЯГКО-ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО У БОЛЬНОЙ</p>			
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите правильный ответ</i> 16. НА ПРИЕМ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ОБРАТИЛАСЬ ПАЦИЕНТКА 34 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, ЖАЖДУ. В АНАМНЕЗЕ — БЕСПЛОДИЕ. ОБЪЕКТИВНОЕ ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫЯВИЛО ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 30, ГИПЕРТРИХОЗ, СТРИИ НА ЖИВОТЕ И СПИНЕ, АД 164/98 ММ РТ. СТ. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ В ОФИСЕ БЫЛА ДИАГНОСТИРОВАНА БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ, ГЛЮКОЗА В ПЛАЗМЕ 7,8 ММОЛЬ/Л. СОВОКУПНОСТЬ ДАННЫХ ЗАСТАВЛЯЕТ ПОДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ О</p>	<p>а) синдроме Штейна—Левенталя б) сахарном диабете в) аденоме гипофиза г) гипертонической болезни II стадии д) ожирении II-й степени с осложнениями</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите правильный ответ</i> 17. ГИПОГЛИКЕМИЯ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА</p>	<p>а) введением неадекватно большой дозы инсулина б) приемом алкоголя в) приемом препаратов сульфонилмочевины г) приемом бигуанидов д) правильно а, б, в</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите правильный ответ</i> 18. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА</p>	<p>а) жажды и полиурии б) рецидивирующего фурункулеза в) уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л г) ожирения д) правильно а, б, г</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите правильный ответ</i> 19. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ УХУДШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕ ВЫЗЫВАЮТ</p>	<p>а) аспирин б) дексаметазон в) каптоприл г) тиазидовые диуретики д) правильно а,в</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>
<p>ПК -5 ПК-6</p>	<p><i>Укажите правильный ответ</i> 20. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p>	<p>а) снижение массы тела б) повышенная раздражительность в) стойкая тахикардия г) правильно все д) нет правильного ответа</p>	<p>высокий</p>	<p>8,0</p>

**Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине
(с ключами для ответов):**

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности и вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ, ЕСЛИ БОЛЬШАЯ ПРОБА С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ СНИЖАЕТ ЭКСКРЕЦИЮ КОРТИЗОЛА С МОЧОЙ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 50% У БОЛЬНЫХ С МИКРОАДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА	А) <u>трансфеноидальная гипофизэктомия</u> Б) двусторонняя адреналэктомия В) односторонняя адреналэктомия Г) лечение мамомитом Д) ципрогептадин	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЛИШЬ ПРИ ФЕОХРОМАЦИТОМЕ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?	А) нарушение толерантности к глюкозе Б) похудение В) эпизодические головные боли Г) <u>ортостатическая гипотензия</u> Д) тахикардия и потоотделение Е) сравнительно доброкачественные офтальмоскопические данные	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 3. При каком из перечисленных состояний могут быть выявлены гипертензия, гипокалиемический алкалоз, низкий уровень ренина и альдостерона:	А) нефриты с потерей соли Б) цирроз печени В) прием диуретиков Г) <u>прием глицерама (корень солодки)</u> Д) гиперплазия юкстагломерулярных клеток	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 4. ГИПОГЛИКЕМИЯ ВЫЗЫВАЕТ РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГОРМОНОВ КРОМЕ ОДНОГО. КАКОГО?	А) пролактин Б) СТГ В) АКТГ Г) ТТГ Д) ФСГ Е) В-липотропин	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 5. У 34-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СОДЕРЖАНИЕ К-2,7 ММОЛЬ/Л. ПРИ ГОРМОНАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ – АЛЬДОСТЕРОН (В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА) –55 НГ/ДЦЛ (НОРМА 1-16), НЕ СНИЖАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ	А) первичный гиперальдостеронизм на фоне двусторонней гиперплазии надпочечников Б) вторичный альдостеронизм В) <u>альдостерома</u>	низкий	2,0

	<p>ВВЕДЕНИЯ ИЗОТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА НАСЛ, РЕНИН – 0,1 НГ/МЛ/Ч (НОРМА 0,15-2,33). ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ АЛЬДОСТЕРОН –32 НГ/ДЦЛ (НОРМА 4-31), РЕНИН 0,1 НГ/МЛ/Ч (НОРМА 1,31-3,95), И 18-ГИДРОКСИКОРТИКОСТ ЕРОН СЫВОРОТКИ –108 НГ/ДЦЛ (НОРМА МЕНЬШЕ 30). КАКОВ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?</p>			
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите один правильный ответ</i> 6. У 40-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫЯВЛЕНО ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ АЛЬДОСТЕРОНА В КРОВИ И ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ РЕНИНА ПРИ ОБЫЧНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ СОЛИ. ПРИ КАКИХ СОСТОЯНИЯХ, ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ, ВОЗМОЖНЫ ТАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ?</p>	<p>А) ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ Б) БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА В) АЛЬДОСТЕРОМА <u>Г) ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ</u></p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>
<p>ПК -5 ПК-6 ПК-8</p>	<p><i>Укажите один правильный ответ</i> 7. 47-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА С ЖАЛОБАМИ НА ПОСТЕПЕННОЕ РАЗВИТИЕ ЖАЖДЫ И ПОЛИУРИИ. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОТРЕБЛЯЕМОЙ И ВЫДЕЛЯЕМОЙ ЖИДКОСТИ В ПРЕДЕЛАХ 5-6 ЛИТРОВ. НОЧЬЮ МОЧИТСЯ ОДИН РАЗ. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ 1003-1006. ОСМОЛЯРНСТЬ ПЛАЗМЫ 278 МОСМ/Л (НОРМА 285-310), АД 140/80 ММ РТ.СТ., ЧСС 76 В МИН. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЕЗ ВИДИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ, ПОЛЯ ЗРЕНИЯ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ГЛЮКОЗУРИЯ ОТСУТСТВУЕТ, ЭЛЕКТРОЛИТЫ СЫВОРОТКИ В НОРМЕ. ДАННЫХ ЗА ПОРАЖЕНИЕ ГИПОФИЗА НЕТ. ДО ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЧТО ИЗ</p>	<p>А) сахарный диабет <u>Б) первичная полидипсия</u> В) несахарный диабет Г) почечная полиурия (почечный диабет)</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>

	ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННОМУ СЛУЧАЮ?			
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите один правильный ответ</i> 8. У 48-ЛЕТНЕЙ НЕРОЖАВШЕЙ ЖЕНЩИНЫ С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ТИРОТОКСИКОЗА ОТМЕЧАЕТСЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ЗОБ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ, ОФТАЛЬМОПАТИЯ ОТСУТСТВУЕТ.РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ: Т ₃ -245 НГ/ДЛ (НОРМА 90-200), Т ₄ -16,2 НГ/ДЛ (НОРМА 4,5-12), ТТГ-1 МКМОЛЬ/МЛ (НОРМА 0,5-3,6), ПОГЛОЩЕНИЕ I ¹³¹ <1% ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА (НОРМА 20-35%), ТИРОГЛОБУЛИН –25 НГ/МЛ (НОРМА 2-20),СОЭ-10 ММ/ЧАС.КАКОВ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?	А) йод-индуцированный тиротоксикоз Б) лекарственный гипертироз В) подострый тиреоидит Г) <u>безболевая форма тиреоидита</u>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите все правильные ответы</i> Что из следующего является антидиуретиком при несахарном диабете?	<u>А) клофибрат</u> <u>Б) хлорпропамид</u> <u>В) тиазид</u> <u>Г) тегретол</u>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 10. 42-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА, СТРАДАЮЩАЯ ОЖИРЕНИЕМ, НЕ КУРЯЩАЯ, ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕННОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АД И НЕРЕГУЛЯРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ ОБРАЩАЕТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ПОЛНОЕ, ПЛЕТОРИЧЕСКОЕ ЛИЦО, ПОВЫШЕННОЕ ОВОЛОСЕНИЕ ЛИЦА, ТУЛОВИЩНОЕ ОЖИРЕНИЕ С КРАСНЫМИ СТРИЯМИ ВОКРУГ ЖИВОТА, РАССЕЯННЫЕ ПО ВСЕМУ ТЕЛУ ЭКХИМОЗЫ. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ ВКЛЮЧАЮТ: НЬ — 180 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ — 18Х10 ⁹ /Л, ТРОМБОЦИТЫ В НОРМЕ. ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ФОРМУЛА ПОКАЗЫВАЕТ АБСОЛЮТНЫЙ НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ И АБСОЛЮТНУЮ ЛИМФОПЕНИЮ И	а) внутривенная урография б) измерение уровня кортизола в сыворотке крови в 8.00 и в 16.00 в) тест супрессии с клофелином г) аспирация и биопсия костного мозга д) <u>низкодозовый тест супрессии с дексаметазоном</u>	средний	5,0

	ЭОЗИНОФИЛИЮ. РЕНТГЕНОГРАММА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В НОРМЕ. ВЫБЕРИТЕ СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ			
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите все правильные ответы</i> 10. ЖЕНЩИНА 21 ГОДА ЖАЛУЕТСЯ НА ВЫРАЖЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ, ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НОРМАЛЬНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ. ОВОЛОСЕНИЕ НА ЛОБКЕ И В ПОДМЫШЕЧНЫХ ВПАДИНАХ ОТСУТСТВУЕТ. АД – 220/110 ММ.РТ.СТ. УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВИЛА. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ГИПОКАЛИЕМИЯ, УРОВЕНЬ НАТРИЯ НА ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕ НОРМЫ. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?	А) кариотипирование Б) кортизол плазмы В) тестостерон сыворотки Г) ренин плазмы Д) определение экскреции калия с мочой Е) АКТГ плазмы	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 13 35-летняя женщина перенесла кесарево сечение по экстренным показаниям и гистерэктомии на 34-й неделе беременности по поводу кровотечения, обусловленного вросшей плацентой. Внутривенно капельно введена эритроцитная масса. В течение 30 мин сохранялась артериальная гипотензия. Выберите гормон, выработка которого, наиболее вероятно, может пострадать в ходе заболевания у данной пациентки	а) адренокортикотропный гормон (АКТГ) б) пролактин в) тиреотропный гормон (ТТГ) г) фоликулостимулирующий гормон (ФСГ) д) антидиуретический гормон	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 14. Больной 65 лет. Рост 160 см, масса тела 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы в крови натощак — 6,2 ммоль/л. Выберите тактику ведения данного пациента	а) пациент здоров, нет необходимости в дальнейших исследованиях и лечении б) у больного сахарный диабет, необходимо соблюдение диеты и контроль уровня глюкозы в крови в динамике в) для решения дальнейшей тактики ведения пациента необходимо проведение перорального глюкозотолерантного теста г) у пациента гипогликемия, необходимо тщательно собрать анамнез	средний	5,0

		д) необходимо определить уровень глюкозы в моче		
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<p><i>Укажите правильный ответ</i></p> <p>15. К ПАЦИЕНТКЕ 75 ЛЕТ ВЫЗВАЛА ВРАЧА ДОЧЬ, ОБЕСПОКОЕННАЯ НАРАСТАЮЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ МАТЕРИ, НЕАДЕКВАТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (СЧИТАЕТ, ЧТО СОСЕДИ ВОРУЮТ У НЕЕ ВЕЩИ). МАТЬ ПОХУДЕЛА ЗА ГОД БОЛЕЕ ЧЕМ НА 15 КГ, ПЕРЕСТАЛА ВЫХОДИТЬ ИЗ ДОМУ, СТРАДАЕТ ОДЫШКОЙ. КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ЛЕЧИТЬСЯ. РАНЬШЕ У НЕЕ БЫЛА ГИПЕРТЕНЗИЯ, АД ДОСТИГАЛО 200 ММ РТ. СТ. НОСИЛА ОДЕЖДУ 56-ГО РАЗМЕРА, СЕЙЧАС — 46-ГО. НЕСКОЛЬКО ЛЕТ НАЗАД СТРАДАЛА ЗАПОРАМИ, ТЕПЕРЬ СТУЛ РЕГУЛЯРНЫЙ, ИНОГДА ДАЖЕ 2 РАЗА В ДЕНЬ. АД 140/80 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС АРИТМИЧНЫЙ С ДЕФИЦИТОМ 24 В 1 МИН. ТОНЫ СЕРДЦА ОБЫЧНОГО ХАРАКТЕРА, ШУМОВ НЕТ. В ЛЕГКИХ — КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ. ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, НО В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАСТОЙНЫХ ВЛАЖНЫХ ХРИПОВ. ПЕЧЕНЬ ВЫСТУПАЕТ НА 3 СМ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ И СТОП. НА ЭКГ — ТАХИСИСТОЛИЧЕСКАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. НЕСМОТря НА СНИЖЕННЫЙ ТУРГОР ТКАНЕЙ, КОЖА ВЛАЖНАЯ, ЦИАНОЗА НЕТ. ПАЛЬПИРУЕТСЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА МЯГКО-ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО У БОЛЬНОЙ</p>	<p>а) атеросклероз сосудов головного мозга, старческая деменция</p> <p>б) гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность</p> <p>в) рак кишечника</p> <p>г) тиреотоксикоз</p> <p>д) ИБС, фибрилляция предсердий НК-2Б</p>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<p><i>Укажите правильный ответ</i></p> <p>16. НА ПРИЕМ К ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ОБРАТИЛАСЬ ПАЦИЕНТКА 34 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА</p>	<p>а) синдроме Штейна—Левенталя</p> <p>б) сахарном диабете</p> <p>в) аденоме гипофиза</p> <p>г) гипертонической</p>	высокий	8,0

	ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, ЖАЖДУ. В АНАМНЕЗЕ — БЕСПЛОДИЕ. ОБЪЕКТИВНОЕ ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫЯВИЛО ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА 30, ГИПЕРТРИХОЗ, СТРИИ НА ЖИВОТЕ И СПИНЕ, АД 164/98 ММ РТ. СТ. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ В ОФИСЕ БЫЛА ДИАГНОСТИРОВАНА БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ, ГЛЮКОЗА В ПЛАЗМЕ 7,8 ММОЛЬ/Л. СОВОКУПНОСТЬ ДАННЫХ ЗАСТАВЛЯЕТ ПОДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ О	болезни II стадии д) ожирении II-й степени с осложнениями		
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 17. ГИПОГЛИКЕМИЯ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА	а) введением неадекватно большой дозы инсулина б) приемом алкоголя в) приемом препаратов сульфонилмочевины г) приемом бигуанидов д) правильно а, б, в	высокий	8,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 18. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА	а) жажды и полиурии б) рецидивирующего фурункулеза в) уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л г) ожирения д) правильно а, б, г	высокий	8,0
ПК -5 ПК-6 ПК-8	<i>Укажите правильный ответ</i> 19. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ УХУДШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕ ВЫЗЫВАЮТ	а) аспирин б) дексаметазон в) каптоприл г) тиазидовые диуретики д) правильно а,в	высокий	8,0
ПК -5 ПК-6	<i>Укажите правильный ответ</i> 20. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ	а) снижение массы тела б) повышенная раздражительность в) стойкая тахикардия г) правильно все д) нет правильного ответа	высокий	8,0