

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Алексеевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 19.03.2026 16:50:47
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49af05179820157a6089

Приложение к РПД

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

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
к.м.н., доцент А.А. Ушаков

«20» июня 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.О.01 Эндокринология**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.53 Эндокринология*

Квалификация: *Врач-эндокринолог*

Екатеринбург,
2025

Фонд оценочных средств по дисциплине «Эндокринология» составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации №100 от 02.02.2022 г., и с учетом требований профессионального стандарта «Врач-эндокринолог», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 г. N 132 н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. степень	уч. звание
1	Киселева Татьяна Петровна	профессор кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии, главный внештатный эндокринолог УРФО	д.м.н.	профессор
2	Северина Татьяна Ильинична	доцент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии	к.м.н.	
3	Торосян Маргарита Рафаеловна	ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии		
4	Грачёва Татьяна Владимировна	заведующий эндокринологическим отделением ГАУЗ СО «СОКБ №1»	к.м.н	

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензент:

Главный внештатный детский эндокринолог МЗ СО, д.м.н. Кияев Алексей Васильевич

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

- на заседании кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии (протокол № 04/25 от 01.04.2025 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол № 5 от 07.05.2025 г.).

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС ВО, представлен в таблице:

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование УК,ОПК,ПК		
	Знать (формулировка знания и указание УК, ОПК, ПК)	Уметь (формулировка умения и указание УК, ОПК, ПК)	Владеть (формулировка навыка и указание УК,ОПК,ПК)
Модуль 1 Заболевания щитовидной железы			
ДЕ 1 Методы обследования в тиреологии	Методы диагностики заболеваний щитовидной железы: гормональные исследования, определение уровня антител; инструментального (УЗИ щитовидной железы, рентгенография шеи с контрастированием пищевода, МРТ мягких тканей шеи); показания для проведения пункционной биопсии щитовидной железы, сканирования щитовидной железы РФП; Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) пациентам с эндокринной патологией. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5	Уметь оценивать состояние здоровья населения и влияния на него факторов окружающей и производственной среды; Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.); оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние душевнобольных пациентов, инвалидность, гериатрические проблемы;	Правильным ведением истории болезни стационарного больного; Методами общеклинического обследования, методиками пальпации щитовидной железы; Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики, используемых в тиреологии Правильным ведением медицинской документации, методами общеклинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики, основными врачебными и лечебными мероприятиями по лечению, первичной и вторичной профилактике с применением лечебного питания. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5

		<p>Оценить социальные факторы, влияющие на состояние здоровья пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, семейные и др. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	
<p>ДЕ 2 Эндемический зоб</p>	<p>Этиологию и патогенез эндемического зоба, современную классификацию йододефицитных состояний (ПК-5); Критерии степени тяжести йодного дефицита (ПК-4,5); Клиническую картину, особенности течения и осложнения йододефицитных заболеваний (ПК-5); Методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных эндемическим зобом (ПК-5); Критерии диагноза эндемического зоба (ПК-5); Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы при выявлении эндемического зоба (ПК-10); Методы лечения и показания к их применению у больных с эндемическим зобом, показания и</p>	<p>Оценивать влияние факторов окружающей и производственной среды на формирование эндемического зоба; Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация щитовидной железы и т.п.); Оценить социальные факторы, влияющие на формирование эндемического зоба: культурные, индивидуальные, семейные и др.; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Наметить объем дополнительных исследований при обследовании пациента с эндемическим зобом в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации; Методами общеклинического обследования, пальпации щитовидной железы; Интерпретацией результатов лабораторных (ТТГ, и инструментальных методов диагностики); Алгоритмом развернутого клинического диагноза диффузного и узлового эндемического зоба; Алгоритмом постановки предварительного диагноза эндемического зоба с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>

	<p>противопоказания к их назначению, особенности их проведения. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>получения достоверного результата; Подобрать индивидуальный план лечения пациента с диффузным и многоузловым эндемическим зобом; Сформулировать клинический диагноз йододефицитных состояний; Сформулировать показания к избранному методу лечения эндемического зоба, обосновать фармакотерапию у конкретного больного с диффузным эндемическим зобом, определить дозу лекарственных препаратов для лечения эндемического зоба, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; Использовать во врачебной деятельности методы профилактики йододефицитных состояний; Заполнить историю болезни, выписать рецепт на препараты тиреоидных гормонов. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	
<p>ДЕ 3 Тиреоидиты (острый, подострый, хронические)</p>	<p>Понятие о тиреоидитах, современную классификацию тиреоидитов; Этиологию, патогенез острого, подострого и хронических тиреоидитов; Клиническую картину, особенности течения и осложнения тиреоидитов;</p>	<p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.);</p>	<p>Методами общеклинического обследования ОАК, БАК, ЭКГ; Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики; Алгоритмом развернутого клинического диагноза острых,</p>

	<p>Методы диагностики (клинического, лабораторного, инструментального) обследования больных с тиреоидной патологией; Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) пациентам с заболеваниями щитовидной железы, принципы диспансеризации больных; Критерии диагноза острого, подострого и хронических тиреоидитов; Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, показания для плановой и неотложной госпитализации больных с тиреоидитами; Методы лечения и показания к их применению у больных с различными формами тиреоидитов, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения; УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние душевнобольных пациентов, инвалидность, гериатрические проблемы; Оценить социальные факторы, влияющие на состояние здоровья пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, семейные и др.; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, дифференциального диагноза тиреоидитов; Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента с тиреоидитом в соответствии с ситуацией: госпитализация или амбулаторное лечение;</p>	<p>подострого и хронических тиреоидитов; Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту или с целью госпитализации; Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при остром, подостром и хроническом тиреоидите. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
--	---	---	---

		<p>Сформулировать клинический диагноз тиреоидита;</p> <p>Разработать план лечения больного с острым, подострым, аутоиммунным тиреоидитами;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни, выписать рецепт на левотироксин, преднизолон, метипред и др. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	
<p>ДЕ 4</p> <p>Синдром тиреотоксикоза</p>	<p>Понятие о тиреотоксикозе и гипертиреозе, современную классификацию синдрома тиреотоксикоза;</p> <p>Этиологию, патогенез диффузного токсического зоба;</p> <p>Клиническую картину, особенности течения и осложнения диффузного токсического зоба;</p> <p>Методы диагностики, (клинические, лабораторные, инструментальные) обследования больных с тиреотоксикозом;</p>	<p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.);</p> <p>Оценить тяжесть состояния пациента с тиреотоксикозом для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;</p> <p>Установить приоритеты для решения проблем здоровья</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни, учетно-отчетной документации);</p> <p>Оценкой результатов общеклинических обследований (ОАК, БАК, ЭКГ) при диагностики синдрома тиреотоксикоза;</p> <p>Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики при тиреотоксикозе;</p>

	<p>Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) пациентам с тиреотоксикозом, принципы диспансеризации и реабилитации больных.</p> <p>Критерии диагноза диффузного токсического зоба;</p> <p>Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, показания для плановой и неотложной госпитализации больных с тиреотоксикозом;</p> <p>Методы лечения и показания к их применению у больных с различными формами тиреотоксикозов, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения;</p> <p>Особенности ведения пациентов с субклиническими формами тиреотоксикозов (ятрогенный, функциональная автономия щитовидной железы, хронические тиреоидиты), симптоматическую и патогенетическую терапию;</p> <p>Показания для хирургического лечения и радиойодтерапии диффузного токсического, узлового</p>	<p>пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние душевнобольных пациентов, инвалидность, гериатрические проблемы;</p> <p>Поставить предварительный диагноз тиреотоксикоза, определить причины вызывающие тиреотоксикоз;</p> <p>Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики синдрома тиреотоксикоза;</p> <p>Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента с тиреотоксикозом в соответствии с ситуацией: амбулаторное ведение, госпитализация;</p> <p>Сформулировать клинический диагноз;</p> <p>Разработать план лечения больного с диффузным токсическим зобом;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных, патогенетических, симптоматических средств, обосновать фармакотерапию у</p>	<p>Алгоритмом развернутого клинического диагноза;</p> <p>Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента с тиреотоксикозом к соответствующему врачу-специалисту (хирургу-эндокринологу, офтальмологу, кардиологу, неврологу) или с целью госпитализации.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
--	---	--	---

	<p>токсического зоба, принципы предоперационной подготовки.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>конкретного больного с тиреотоксикозом, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни, выписать рецепт на тиреостатики, β-блокаторы и др. препараты.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	
<p>ДЕ 5 Гипотиреоз</p>	<p>Понятие о гипотиреозе, современную классификацию синдрома гипотиреоза;</p> <p>Этиологию, патогенез симптомов гипотиреоза;</p> <p>Клиническую картину, особенности течения и осложнения гипотиреоза;</p> <p>Методы диагностики, используемые для обследования больного с заболеваниями щитовидной железы, (клинические, лабораторные, инструментальные);</p> <p>Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) пациентам с гипотиреозом, принципы диспансеризации и реабилитации больных;</p> <p>Критерии диагноза гипотиреоза, классификация по степени тяжести;</p> <p>Показания для плановой и неотложной госпитализации больных с гипотиреозом;</p>	<p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.);</p> <p>Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние душевнобольных пациентов, инвалидность, гериатрические проблемы;</p> <p>Поставить предварительный диагноз;</p> <p>Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни, карты диспансерного наблюдения, отчетной документации);</p> <p>Методами общеклинического обследования ОАК, БАК, ЭКГ;</p> <p>Интерпретацией результатов лабораторных (гормональных исследований, биохимического анализа крови, ОАК и др.), УЗИ щитовидной железы, пункционной биопсии щитовидной железы и др.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>

	<p>Принципы заместительной терапии тиреоидными гормонами, особенности назначения.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>диагноза и получения достоверного результата;</p> <p>Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента с впервые выявленным гипотиреозом в соответствии с ситуацией: амбулаторное лечение или госпитализация;</p> <p>Сформулировать клинический диагноз;</p> <p>Разработать план лечения больного с гипотиреозом;</p> <p>Сформулировать показания к терапии тиреоидными гормонами, обосновать дозировку препарата у конкретного больного, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни, выписать рецепт на левотироксин и др.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	
--	--	---	--

Модуль 2 Диабетология

<p>ДЕ 6</p> <p>Определение, классификация, диагностика сахарного диабета. Патогенез сахарного диабета 1 и 2 типов. Поздние осложнения сахарного диабета</p>	<p>Понятие СД, современную классификацию СД;</p> <p>Патогенез СД 1 и 2 типов, меры профилактики СД; Клиническую картину, особенности течения и осложнения СД 1 и 2 типов;</p> <p>Методы диагностики, при обследовании больного с СД (клинические, лабораторные, инструментальные);</p>	<p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.); выявлять осложнения СД; оценить состояние пациента для</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни, карты диспансерного наблюдения, регистра больных с сахарным диабетом, учетной формы №30, отчетной документации);</p> <p>Методами общеклинического обследования (глюкозы крови,</p>
---	--	--	--

	<p>Критерии диагноза нарушений углеводного обмена; Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных с СД; Варианты наследования различных типов СД, общие принципы диагностики наследственных заболеваний; Организацию мониторинга больных СД, вопросы экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению; Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое состояние, состояние с болевым синдромом, инвалидность, гериатрические проблемы; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; Сформулировать клинический диагноз; Заполнить историю болезни, амбулаторную карту.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>ОАК, БАК, ЭКГ, ОАК, гликогемоглобина, суточной протеинурии, пробы по Нечипоренко и др.) в диагностике сахарного диабета и его осложнений; Критериями диагностики СД; Интерпретацией результатов лабораторных (определения уровня глюкозы, ацетона крови и мочи. ОАК, ОАМ, ИРИ, С-пептида, антител к структурам β-клетки и инсулину, электролитов, биохимического анализа крови, и др.) в диагностике СД и его осложнений; Алгоритмом развернутого клинического диагноза СД; Правильным ведением медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни, карты диспансерного наблюдения, отчетной документации); Принципами профилактики СД.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
<p>ДЕ 7 Лечение сахарного диабета</p>	<p>Основы профилактики сахарного диабета, организацию профилактических мероприятий, направленных предотвращение развития СД и его поздних осложнений;</p>	<p>Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи населению с учетом его социально-профессиональной и возрастно-половой структуры;</p>	<p>Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента с СД к соответствующему врачу-специалисту (хирургу-эндокринологу, офтальмологу,</p>

	<p>Принципы лечения СД 1 типа. Виды инсулинотерапии, классификацию инсулинов, способы введения. Осложнения инсулинотерапии. Понятие о хлебной единице. Самоконтроль. Физическая активность при СД 1 типа.</p> <p>Принципы лечения СД 2 типа. Модификация образа жизни (роль диетотерапии и физических нагрузок). Классификацию препаратов, применяемых при СД 2 типа, показания и противопоказания к их назначению, осложнения; показания к инсулинотерапии;</p> <p>Индивидуальные цели лечения при СД 1 и 2 типов; общие принципы начала и интенсификации при СД 2 типа, мониторинг больных с СД 1 и 2 типов.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>Выполнять профилактические мероприятия, направленные на профилактику СД;</p> <p>Разработать план лечения больного с СД 1 и СД 2 типов;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного с СД 1 и 2 типов, определить дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни, амбулаторную карту, выписать рецепт на сахароснижающие препараты, средства самоконтроля пациенту с СД, обеспечить хранение инсулинов и др. сахароснижающих препаратов.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>кардиологу, неврологу) или с целью госпитализации;</p> <p>Основными принципами профилактики сахарного диабета и его поздних осложнений;</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
Модуль 3 Заболевания надпочечников			
<p>ДЕ 8 Гиперкортицизм</p>	<p>Определение гиперкортицизма, современную классификацию синдрома гиперкортицизма;</p> <p>Патогенез симптомов гиперкортицизма;</p> <p>Клиническую картину, особенности течения и осложнения;</p>	<p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни, карты диспансерного наблюдения, отчетной документации);</p>

	<p>Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного обследования, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных с синдромом гиперкортицизма;</p> <p>Дифференциальную диагностику АКТГ-зависимого и АКТГ-независимого гиперкортицизма;</p> <p>Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) пациентам с гиперкортицизмом, принципы диспансеризации и реабилитации;</p> <p>Методы лечения и показания к их применению у больных с различными формами гиперкортицизма, противопоказания к их назначению, особенности их проведения.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>и т.п.); оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;</p> <p>Поставить предварительный диагноз при подозрении на гиперкортицизм– синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих;</p> <p>Разработать план лечения больного с синдромом и болезнью Иценко-Кушинга;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного с различными формами гиперкортицизма и оценить безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни, выписать рецепт на блокаторы стероидогенеза.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>Интерпретацией результатов лабораторных (гормональных исследований, большой и малой дексаметазоновых проб, биохимического анализа крови, ОАК и др.), УЗИ брюшной полости, КТ и МРТ надпочечников, ПЭТ и др.;</p> <p>Алгоритмом развернутого клинического диагноза различных форм гиперкортицизма;</p> <p>Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента с гиперкортицизмом к соответствующему врачу-специалисту (хирургу-эндокринологу, офтальмологу, кардиологу, неврологу, гинекологу, специалисту по остеопорозу) или с целью госпитализации;</p> <p>Основными видами лечения болезни и синдрома Иценко-Кушинга.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
<p>ДЕ 9</p> <p>Хроническая надпочечниковая недостаточность.</p> <p>Образования надпочечников</p>	<p>Понятие о гипокортицизме, современную классификацию надпочечниковой недостаточности;</p> <p>Этиологию, патогенез недостаточности коры надпочечников;</p>	<p>Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи больным с заболеваниями надпочечников;</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации;</p> <p>Методами общеклинического обследования при диагностики заболеваний надпочечников;</p>

	<p>Клиническую картину, особенности течения недостаточности коры надпочечников</p> <p>Методы диагностики, при обследовании больного с надпочечниковой недостаточностью, опухолями надпочечников (клинические, лабораторные, инструментальные);</p> <p>Критерии диагноза гипокортицизма;</p> <p>Методы лечения и показания к их применению у больных с хронической надпочечниковой недостаточностью, показания к их назначению, особенности их проведения;</p> <p>Классификацию образований надпочечников;</p> <p>Патогенетические аспекты, клинику, диагностику, принципы медикаментозного и хирургического лечения гормональноактивных образований надпочечников;</p> <p>Тактику ведения пациентов с гормональнонеактивными образованиями надпочечников;</p> <p>Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) пациентам с заболеваниями надпочечников, принципы</p>	<p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.); оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;</p> <p>Поставить предварительный диагноз при подозрении на заболевания надпочечников – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих, проводить дифференциальный диагноз артериальной гипертензии;</p> <p>Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента с патологией надпочечников в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;</p> <p>Сформулировать клинический диагноз;</p> <p>Разработать план лечения больного с надпочечниковой недостаточностью, гормональноактивными образованиями надпочечников;</p>	<p>Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики при заболеваниях надпочечников;</p> <p>Алгоритмом развернутого клинического диагноза надпочечниковой недостаточности, гормональноактивных образований надпочечников;</p> <p>Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (кардиологу, хирургу-эндокринологу, нефрологу и др.)</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
--	---	---	--

	диспансеризации и реабилитации больных. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5	Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного с заболеванием надпочечников, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; Заполнить историю болезни, выписать рецепт на глюкокортикоиды, минералокортикоиды, α - и β -адреноблокаторы. УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5	
Модуль 4 Нейроэндокринные заболевания			
ДЕ 10 Несахарный диабет. Акромегалия. Гиперпролактинемия, Гипопитуитаризм.	Эпидемиологию, этиологию и патогенез, современную классификацию нейроэндокринных заболеваний; Клиническую картину, особенности течения и осложнения при нейроэндокринных заболеваниях; Методы диагностики в обследовании больного с нейроэндокринной патологией (клинические, лабораторные, инструментальные); Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной)	Определить статус пациента с нейроэндокринной патологией: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, специфические симптомы и др.); оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью	Правильным ведением медицинской документации; Методами общеклинического обследования; Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики, проведением диагностических тестов; Алгоритмом развернутого клинического диагноза нейроэндокринных заболеваний; Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему

	<p>этой группе больных, принципы диспансеризации населения и реабилитации больных с акромегалией и несхарным диабетом;</p> <p>Критерии диагноза нейроэндокринных болезней;</p> <p>Методы лечения и показания к их применению у больных с нейроэндокринной патологией, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения.</p> <p>Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных с нейроэндокринной патологией;</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>определения патологии и причин их вызывающих;</p> <p>Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;</p> <p>Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: амбулаторное обследование или госпитализация при нейроэндокринных заболеваниях;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при нейроэндокринных заболеваниях, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни пациента с нейроэндокринной патологией, выписать рецепт на десмопрессин, аналоги соматостатина.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>врачу-специалисту (офтальмологу, кардиологу, онкологу и др.);</p> <p>Методами медикаментозного лечения несхарного диабета и акромегалии; принципами методик хирургического и лучевого лечения аденом гипофиза.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
Модуль 5 Заболевания околощитовидных желез			
ДЕ 11	Эпидемиологию, этиологию и патогенез заболеваний	Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос	Правильным ведением медицинской документации;

<p>Заболевания околощитовидных желез</p>	<p>околощитовидных желез, современную классификацию; Клиническую картину, особенности течения и осложнения гиперпаратиреоза и гипопаратиреоза; Методы диагностики в обследовании больного с заболеваниями околощитовидных желез, (клинические, лабораторные, инструментальные; Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) больным с заболеваниями околощитовидных желез, принципы диспансеризации и реабилитации этой категории больных; Критерии диагноза гипо- и гиперпаратиреоза; Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации этой группы больных; Методы медикаментозного и хирургического лечения гиперпаратиреоза, показания и</p>	<p>пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, специфические симптомы и др.), оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация при заболеваниях околощитовидных желез; Сформулировать клинический диагноз; Разработать план лечения больного; Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств,</p>	<p>Методами общеклинического и углубленного обследования; Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики при первичном и вторичном гиперпаратиреозе, гипопаратиреозе; Алгоритмом развернутого клинического диагноза заболеваний околощитовидных желез; Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями при гиперпаратиреозе гипопаратиреозе.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
--	---	---	---

	<p>противопоказания к их назначению, особенности их проведения; медикаментозное лечение гипопаратиреоза.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>обосновать фармакотерапию у конкретного больного при заболеваниях околощитовидных желез, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; Заполнить историю болезни пациента с патологией околощитовидных желез, выписать рецепт на альфакальцидол, кальцитриол и др. препараты.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	
--	---	--	--

Модуль 6 Репродуктивная эндокринология

<p>ДЕ 12 Синдром гипогонадизма Синдром гиперандрогении</p>	<p>Эпидемиологию, этиологию и патогенез, современную классификацию гипогонадизма и гиперандрогении; Методы диагностики в обследовании больного с гипогонадизмом и гиперандрогенией, (клинические, лабораторные, инструментальные; Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) больным с гипогонадизмом и гиперандрогенией, принципы диспансеризации и реабилитации этой категории больных; Лечение различных форм гипогонадизма и гиперандрогении;</p>	<p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, специфические симптомы и др.), оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации; Методами общеклинического и углубленного обследования; Интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики при гипогонадизме и гиперандрогении; Алгоритмом развернутого клинического диагноза гипогонадизма и гиперандрогении; Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями</p>
--	---	--	--

	<p>Показания для использования вспомогательных репродуктивных методик у пациентов с эндокринной патологией.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>диагноза и получения достоверного результата.</p> <p>Сформулировать клинический диагноз;</p> <p>Разработать план лечения больного с гипогонадизмом и гиперандрогенией;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при гипогонадизме и гиперандрогении, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>	<p>при гипогонадизме и гиперандрогении.</p> <p>УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5</p>
Модуль 7 Неотложная эндокринология			
<p>ДЕ 13 Диабетические комы</p>	<p>Основы организации профилактических мероприятий, направленных предотвращение развития острых осложнений СД; Причины развития, клиническую картину, диагностику, особенности течения и лечения диабетических ком; Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической</p>	<p>Выполнять профилактические мероприятия неотложных состояний у больных СД;</p> <p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.);</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (истории болезни, отчетной документации);</p> <p>Методами общеклинического обследования и интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований при диагностике кетоацидотических, гиперосмолярных,</p>

	<p>службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для неотложной госпитализации больных с СД; Современную классификацию неотложных состояний в диабетологии; этиологию и патогенез, меры профилактики гипергликемических(кетоацидотических, гиперосмолярных и лактатацидотических) и гипогликемических состояний и ком.</p> <p>Клиническую картину неотложных состояний в диабетологии;</p> <p>Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного обследования при неотложных диабетологических состояниях;</p> <p>Основы организации медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической и стационарной) при неотложных диабетических состояниях;</p> <p>Принципы лечения неотложных диабетических состояний, прогноз.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	<p>Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих;</p> <p>Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;</p> <p>Сформулировать клинический диагноз;</p> <p>Разработать план лечения конкретного больного;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	<p>лактатацидотических и гипогликемических состояний;</p> <p>Алгоритмом развернутого клинического диагноза при неотложных диабетических состояниях;</p> <p>Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при гипергликемических(кетоацидотических, гиперосмолярных, лактатацидотических) и гипогликемических состояниях и комах.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>
<p>ДЕ 14 Тиреотоксический криз</p>	<p>Клиническую картину тиреотоксического криза;</p>	<p>Выполнять профилактические мероприятия неотложных</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации</p>

	<p>Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для неотложной госпитализации больных с тиреотоксическим кризом; Этиологию и патогенез, меры профилактики тиреотоксического криза;</p> <p>Методы диагностики, диагностические возможности методов обследования при тиреотоксическом кризе;</p> <p>Принципы лечения тиреотоксического криза.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	<p>состояний у больных тиреотоксикозом;</p> <p>Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.); Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи;</p> <p>Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих;</p> <p>Разработать план лечения конкретного больного;</p> <p>Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>Заполнить историю болезни.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	<p>(истории болезни, отчетной документации);</p> <p>Методами общеклинического обследования и интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований при диагностике тиреотоксического криза;</p> <p>Алгоритмом развернутого клинического диагноза при тиреотоксическом кризе;</p> <p>Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при тиреотоксическом кризе.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>
--	---	--	--

<p>ДЕ 15 Гипотиреодная кома</p>	<p>Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для неотложной госпитализации больных с гипотиреодной комой; Этиологию и патогенез, меры профилактики гипотиреодной комы; Клиническую картину гипотиреодной комы; Методы диагностики, диагностические возможности методов обследования при гипотиреодной коме; Принципы лечения гипотиреодной комы.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	<p>Выполнять профилактические мероприятия неотложных состояний у больных гипотиреозом; Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.); Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Разработать план лечения конкретного больного; Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; Заполнить историю болезни.</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (истории болезни, отчетной документации); Методами общеклинического обследования и интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований при диагностике гипотиреодной комы; Алгоритмом развернутого клинического диагноза при гипотиреодной коме; Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при гипотиреодной коме. УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>
-------------------------------------	---	--	--

		УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5	
<p>ДЕ 16 Гипокальциемический криз</p>	<p>Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для неотложной госпитализации больных с гипокальциемическим кризом; Этиологию и патогенез, меры профилактики гипокальциемического криза; Клиническую картину гипокальциемического криза; Методы диагностики, диагностические возможности методов обследования при гипокальциемическом кризе; Принципы лечения гипокальциемического криза.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	<p>Выполнять профилактические мероприятия неотложных состояний у больных гипопаратиреозом; Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.); Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Разработать план лечения конкретного больного; Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (истории болезни, отчетной документации); Методами общеклинического обследования и интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований при диагностике гипокальциемического криза; Алгоритмом развернутого клинического диагноза при гипокальциемическом кризе; Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при гипокальциемическом кризе.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>

		и безопасность проводимого лечения; Заполнить историю болезни. УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5	
ДЕ 17 Гиперкальциемический криз	Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для неотложной госпитализации больных с гиперкальциемическим кризом (ПК- 3,7,10,12); Этиологию и патогенез, меры профилактики гиперкальциемического криза (ПК- 2,5,7, 9); Клиническую картину гиперкальциемического криза (ПК- 5,7); Методы диагностики, диагностические возможности методов обследования при гиперкальциемическом кризе (ПК- 5, 7); Принципы лечения гиперкальциемического криза (ПК- 6,7). УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5	Выполнять профилактические мероприятия неотложных состояний у больных гиперпаратиреозом (ПК-2, 7, 9); Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.) (ПК-5); Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи (ПК-5, 7, 12); Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих (УК – 1, ПК- 5); Разработать план лечения конкретного больного (ПК-6); Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у	Правильным ведением медицинской документации (истории болезни, отчетной документации) (ПК-5); Методами общеклинического обследования (ПК-5) и интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований при диагностике гиперкальциемического криза (ПК- 5, 7, 12); Алгоритмом развернутого клинического диагноза при гиперкальциемическом кризе (ПК- 5, 7,12); Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при гиперкальциемическом кризе УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5

		<p>конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения (ПК-6); Заполнить историю болезни (ПК-5). УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	
<p>ДЕ 18 Острая надпочечниковая недостаточность</p>	<p>Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для неотложной госпитализации больных с острой надпочечниковой недостаточностью; Этиологию и патогенез, меры профилактики острой надпочечниковой недостаточности; Клиническую картину острой надпочечниковой недостаточности; Методы диагностики, диагностические возможности методов обследования при острой надпочечниковой недостаточности; Принципы лечения острой надпочечниковой недостаточности.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	<p>Выполнять профилактические мероприятия неотложных состояний у больных с хронической надпочечниковой недостаточностью; Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления); Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи; Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (истории болезни, отчетной документации); Методами общеклинического обследования и интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований при диагностике острой надпочечниковой недостаточности; Алгоритмом развернутого клинического диагноза при острой надпочечниковой недостаточности; Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при острой надпочечниковой недостаточности.</p> <p>УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>

		<p>Заполнить историю болезни; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Разработать план лечения конкретного больного. УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>	
<p>ДЕ 19 Адреналовый (феохромоцитомный) криз</p>	<p>Особенности организации и объема работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для неотложной госпитализации больных с адреналовым (феохромоцитомным) кризом; Этиологию и патогенез, меры профилактики адреналового (феохромоцитомного) криза; Клиническую картину адреналового (феохромоцитомного) криза; Методы диагностики, диагностические возможности методов обследования при адреналовом (феохромоцитомном) кризе; Принципы лечения адреналового (феохромоцитомного) криза;</p>	<p>Выполнять профилактические мероприятия неотложных состояний у больных с феохромоцитомой; Определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления и т.п.); Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи; Поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин их вызывающих; Разработать план лечения конкретного больного;</p>	<p>Правильным ведением медицинской документации (истории болезни, отчетной документации); Методами общеклинического обследования и интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований при диагностике адреналового (феохромоцитомного) криза; Алгоритмом развернутого клинического диагноза при адреналовом (феохромоцитомном) кризе; Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию врачебной помощи при адреналовом (феохромоцитомном) кризе. УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5</p>

	ного) криза . УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5	Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; Заполнить историю болезни. УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5	
--	---	--	--

2. Аттестационные материалы

Оценка теоретической подготовки ординатора проводится преподавателем в ходе текущей аттестации на основании результатов тестирования, решения ситуационных задач, опроса. В 1, 3 семестрах сдается зачет с оценкой, в 2 семестре - экзамен, в 4 семестре - зачет без оценки, во время которого оцениваются навыки использования методов обследования, диагностики, лечения больного и назначения диетотерапии.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена. До экзамена допускаются ординаторы, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам.

Этапы проведения экзамена:

- 1) оценка навыков и умений;
- 2) тестовый контроль;
- 3) решение ситуационной задачи.

2.1. Перечень навыков:

- физикальное обследование больных (анамнез (в том числе, пищевой), осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- определение индекса массы тела, измерение окружности талии, бедер;
- интерпретация данных лабораторных методов исследования;
- интерпретация данных инструментальных методов исследования;
- назначение лечения с учетом возраста, антропометрических данных, сопутствующей патологии.

2.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждого дисциплинарного модуля и содержат от 10 до 100 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются вопросы с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

Полная база тестов включает в себя 200 вопросов.

Примеры тестовых заданий

1. Вопрос: Сахарный диабет 1 типа следует лечить

- + инсулином на фоне диетотерапии
- б) сульфаниламидными препаратами
- в) только диетотерапией
- г) голоданием
- д) бигуанидами

2. Вопрос: У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного?

- + 1 тип
- б) 2тип
- в) 2 тип с инсулинопотребностью
- г) 2 тип диабета у молодых
- д) вторичный сахарный диабет

3. Вопрос: У полной женщины 45 лет случайно выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной?

- а) 1 тип
- + 2 тип
- в) 2 тип с инсулинопотребностью
- г) 2 тип у молодых

д) вторичный диабет

4. Вопрос: Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы является:

- а) определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- б) термография
- в) сканирование щитовидной железы
- + ультразвуковое исследование
- д) определение концентрации тиреоидных гормонов в крови

5. Вопрос: Основной метод определения функции щитовидной железы:

- а) сканирование щитовидной железы
- + определение в крови Т3, Т4, ТТГ
- в) лимфография
- г) определение в крови антител к тиреоглобулину
- д) ультразвуковое исследование щитовидной железы

Экзаменационный тест на 100 вопросов с ответами

Модуль 1. Заболевания щитовидной железы УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5

1. Вопрос: Первым этапом биосинтеза тиреоидных гормонов является:

- а) дейодинизация
- б) превращение йодидов в молекулярный йод
- + захват йода
- г) йодирование тирозина
- д) резорбция тиреоглобулина

2. Вопрос: Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы является:

- а) определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- б) термография
- в) сканирование щитовидной железы
- + ультразвуковое исследование
- д) определение концентрации тиреоидных гормонов в крови

3. Вопрос: Основной метод определения функции щитовидной железы:

- а) сканирование щитовидной железы
- + определение в крови Т3, Т4, ТТГ
- в) лимфография
- г) определение в крови антител к тиреоглобулину
- д) ультразвуковое исследование щитовидной железы

4. Вопрос: Основная методика определения тяжести йодного дефицита в популяции:

- а) распространенность зоба в популяции
- + определение йодурии
- в) скрининг новорожденных на гипотиреоз
- г) наличие кретинов
- д) скрининг увеличения щитовидной железы по УЗИ

5. Вопрос: Для лечения больных с подострым тиреоидитом рекомендуется назначить:

- а) антибиотики
- б) антибиотики с глюкокортикоидами
- + глюкокортикоиды

- г) мерказолил
- д) тиреоидные гормоны

6. Вопрос: Суточная норма потребления йода у взрослых:

- а) 90 мкг
- б) 100 мкг
- + 150 мкг
- г) 200 мкг

7. Вопрос: Массовая йодная профилактика осуществляется путем:

- а) внесения йода в продукты питания
- б) обогащения питьевой воды йодом
- + йодирования соли
- г) курсового приема левотироксина

8. Вопрос: диффузного нетоксического зоба характерно:

- а) диффузное увеличение ЩЖ с увеличением ее функции
- б) диффузное увеличение ЩЖ и уменьшение йодурии
- + диффузное эутиреоидное увеличение ЩЖ
- г) диффузное увеличение ЩЖ и йодурии

8. Вопрос: нормальный уровень потребления йода в популяции определяется при йодурии:

- а) 200-300 мкг/л
- + 100-200 мкг/л
- в) 50-99 мкг/л
- г) 20-49 мкг/л

9. Вопрос: УЗИ щитовидной железы позволяет:

- + определить объем ЩЖ
- б) оценить функцию ЩЖ
- в) определить степень выраженности йодного дефицита
- г) дифференцировать эндемический зоб и тиреоидит

10. Вопрос: Лечение эндемического зоба начинают с назначения:

- а) левотироксина
- б) препаратов йода на 1 месяц
- + препаратов йода на 6 месяцев
- г) наблюдают без лечения

11. Вопрос: Субклинический гипотиреоз характеризуется:

- а) низким уровнем ТТГ
- б) низким уровнем сТ4 и повышенным сТ3
- в) повышением уровня тиреоглобулина
- + повышением ТТГ при нормальном уровне сТ4

12. Вопрос: Характерным для гипотиреоза является:

- а) тахикардия
- + брадикардия
- в) гипертензия
- г) гиполипидемия

13. Вопрос: УЗИ щитовидной железы позволяет:

+ определить объем ЩЖ

б) оценить функцию ЩЖ

в) определить степень выраженности йодного дефицита

г) дифференцировать эндемический зоб и тиреоидит

14. Вопрос: Лекарственным препаратом, который содержит фармакологические дозы йода, является:

а) дронедарон

б) пропилтиоурацил

+ амиодарон

г) мерказолил

15. Вопрос: Препарат левотироксина натрия рекомендуется принимать утром:

а) во время еды

б) через 30 минут после еды

в) перед приемом пищи

+ за 30 минут до еды

16. Вопрос: Для подтверждения/исключения манифестного гипотиреоза необходимо оценить уровень _____ в крови:

а) АТ к ТПО

+ ТТГ

в) св. Т3

г) общ. Т4

17. Вопрос: Для тиреотоксикоза характерно:

а) снижение основного обмена

+ тахикардия

в) брадикардия

г) гипоплазия щитовидной железы

18. Вопрос: Болезнь Грейвса развивается вследствие

а) психической травмы

+ выработки антител к рецептору ТТГ

в) инсоляции

г) повышения тиреотропной функции гипофиза

19. Вопрос: В лечении гипертиреоза используют:

а) тиамазол

+ левотироксин

в) калия йодид

г) трийодтиронин

20. Вопрос: Для тиреотоксикоза характерно:

а) снижение температуры тела

+ субфебрилитет

в) гиподинамия

г) повышение холестерина в крови

Модуль 2. Диабетология УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5.

1. Вопрос: Сахарный диабет 1 типа следует лечить

- + инсулином на фоне диетотерапии
- б) сульфаниламидными препаратами
- в) только диетотерапией
- г) голоданием
- д) бигуанидами

2. Вопрос: У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного?

- + 1 тип
- б) 2 тип
- в) 2 тип с инсулинопотребностью
- г) 2 тип диабета у молодых
- д) вторичный сахарный диабет

3. Вопрос: У полной женщины 45 лет случайно выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной?

- а) 1 тип
- + 2 тип
- в) 2 тип с инсулинопотребностью
- г) 2 тип у молодых
- д) вторичный диабет

4. Вопрос: Диагноз гестационный сахарный диабет устанавливается при:

- + глюкоза венозной плазмы натощак $> 5,0$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л
- + через 1 час после нагрузки глюкозой (о ГТТ 75 г глюкозы) $\geq 10,0$ ммоль/л
- + через 2 часа после нагрузки глюкозой (о ГТТ 75 г глюкозы) $\geq 8,5$ ммоль/л, но $< 11,1$ ммоль/л
- г) глюкоза венозной плазмы натощак $> 6,7$ ммоль/л
- д) глюкоза капиллярной плазмы натощак $> 6,7$ ммоль/л

5. Вопрос: 1 ХЕ равна количеству продукта, содержащего:

- а) 12 г жира
- б) 50 г углеводов
- + 10-12 г углеводов
- г) 10 г белка

6. Самоконтроль гликемии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на пероральной терапии должен осуществляться не менее:

- а) 1 раза в неделю
- б) 2 раз в сутки в разное время
- в) 4 раза в день
- + 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль в неделю

7. Вопрос: Предпочтительное место введения обычного (человеческого растворимого) инсулина короткого действия:

- а) бедро, так как это место имеет более медленную скорость всасывания
- б) средняя наружная треть плеча
- в) ягодица, так как это место имеют более медленную скорость всасывания
- + живот, так как в этом месте всасывание инсулина самое быстрое

8. Вопрос: Пик инсулина короткого действия после введения через:

- + 2-4 часа
- б) 30-90 минут
- в) 30-60 минут
- г) 1-2 часа

9. Вопрос: Гликированный гемоглобин:

- а) применяется исключительно для оценки компенсации углеводного обмена при уже диагностированном в ходе ПГГТ сахарном диабете
- б) должен быть исследован строго натощак
- + может быть использован для диагностики сахарного диабета
- г) может быть использован для оценки компенсации углеводного обмена только у пациентов с анемией различного генеза

10. Вопрос: При диабетической макроангиопатии нижних конечностей поражаются:

- а) венулы
- + артерии
- в) вены
- г) капилляры

11. Вопрос: Контроль гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом рекомендован в режиме 1 раз в (в месяцах):

- а) 12
- + 3
- в) 6
- г) 1

12. Вопрос: Диабетическая нефропатия характеризуется поражением:

- а) собирательной трубочки
- б) мозгового вещества почки
- + почечного клубочка
- г) петли Генле

13. Вопрос: Полученные в ходе перорального глюкозотолерантного теста (в венозной плазме) значения: 7,0 ммоль/л натощак и 11,1 ммоль/л через 2 часа соответствуют:

- а) нарушенной толерантности к глюкозе
- б) нарушенной гликемии натощак
- + сахарному диабету
- г) норме

14. Вопрос: Самым сильным стимулятором выработки инсулина является:

- + глюкоза
- б) лактоза
- в) белок
- г) фруктоза

15. Вопрос: Пик инсулина сверхдлительного действия:

- а) не выражен
- + отсутствует
- в) через 6-10 часов
- г) через 2-4 часа

16. Вопрос: Тяжесть сахарного диабета обусловлена:

- а) дозой инсулина
- б) выраженностью симптомов сахарного диабета
- в) уровнем гликемии
- + выраженностью осложнений

17. Вопрос: Феноменом «утренней зари» считают:

- а) исчезновение симптомов вторичного сахарного диабета при болезни Кушинга после двусторонней адреналэктомии
- + утреннюю гипергликемию, обусловленную повышением секреции контринсулярных гормонов
- в) утреннюю гипергликемию после ночной гипогликемии
- г) снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина

18. Вопрос: Беременным женщинам с сахарным диабетом осмотр врачом-офтальмологом рекомендован:

- а) 1 раз в месяц
- б) однократно
- + 1 раз в триместр
- г) 2 раза

19. Вопрос: Использование гликированного гемоглобина для оценки компенсации углеводного обмена ограничено:

- а) у детей младше 7 лет
- б) при курении
- в) при активном занятии спортом
- + в ситуациях, которые влияют на обмен эритроцитов

20. Вопрос: Уровню гликированного гемоглобина менее 6,5% соответствует целевой уровень постпрандиального уровня глюкозы плазмы менее (в ммоль/л):

- + 8,0
- б) 7,8
- в) 9,0
- г) 10,0

21. Вопрос: Пациентам с СД отменяют метформин перед проведением обширного хирургического вмешательства для снижения риска развития:

- а) гипогликемии
- б) гастростаза
- + лактоацидоза
- г) дуоденостаза

22. Вопрос: Целевой уровень гликированного гемоглобина у пациента среднего возраста с риском развития тяжелой гипогликемии составляет (в процентах):

- а) <8,0
- б) <6,0
- в) <8,5
- + <7,5

23. Вопрос: К острым осложнениям сахарного диабета относят:

- а) сепсис
- + диабетический кетоацидоз

- в) острый инфаркт миокарда
- г) гемофтальм

24. Вопрос: Для купирования легкой гипогликемии требуется:

- а) введение глюкагона
- б) 1-2 ХЕ медленного усваиваемых углеводов
- в) внутривенное введение 100 мл 40% раствора глюкозы
- + 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов

25. Вопрос: Для замедления прогрессирования диабетической нефропатии наиболее эффективны:

- а) бета-адреноблокаторы
- б) тиазидные диуретики
- + ингибиторы АПФ
- г) НПВС

26. Вопрос: Самой частой причиной слепоты у пациентов с сахарным диабетом является:

- а) травма глаза
- + диабетическая ретинопатия
- в) глаукома
- г) катаракта

27. Вопрос: Всем женщинам у которых не было выявлено нарушений углеводного обмена на ранних сроках беременности рекомендуется проводить ПГТТ:

- + между 24 и 28 неделями беременности
- б) после родоразрешения
- в) после 32 недели беременности
- г) на 12 неделе беременности

28. Вопрос: Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от:

- а) этнической принадлежности
- б) пола
- + ожидаемой продолжительности жизни
- г) региона проживания

29. Вопрос: Очень высокий риск развития синдрома диабетической стопы характеризуется:

- + наличием язв, ампутаций в анамнезе
- б) нарушением чувствительности
- в) отсутствием нейропатии и нарушения магистрального кровотока
- г) нарушением чувствительности, в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока

30. Вопрос: Рациональной комбинацией пероральных сахароснижающих препаратов является:

- а) глимепирида и глибенкламида
- б) натеглинида и глимепирида
- в) пиоглитазона и инсулина
- + метформина и вилдаглиптина

Модуль 3 Заболевания надпочечников УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5

1. Вопрос: Симптомы болезни Иценко – Кушинга:

- + артериальная гипертония
- + диспластическое ожирение
- + трофические изменения кожи
- + вторичный остеопороз
- + гипергликемия

2. Вопрос: Для купирования адреналового криза, связанного с феохромоцитомой используются:

- а) диуретики
- б) бета - адреноблокаторы
- в) ингибиторы АПФ
- + альфа - адреноблокаторы
- д) сартаны

3. Вопрос: Для первичного альдостеронизма характерно:

- а) наличие отёков
- + артериальная гипертония
- + периодические параличи
- г) инсипидарный синдром
- + повышение альдостерон - ренинового соотношения

4. Вопрос: Для лечения хронической надпочечниковой недостаточности применяются:

- + гидрокортизон
- + флудрокортизон
- в) анаболические гормоны
- г) кетоконазол
- д) сальбутамол

5. Вопрос: Болезнью Аддисона называют:

- а) избыток глюкокортикоидов и минералкортикоидов из-за патологии надпочечников
- + дефицит глюкокортикоидов, минералкортикоидов и андрогенов из-за патологии надпочечников
- в) дефицит глюкокортикоидов, минералкортикоидов и андрогенов из-за патологии гипоталамо-гипофизарной системы
- г) избыток глюкокортикоидов и минералкортикоидов из-за патологии гипоталамо-гипофизарной системы

6. Вопрос: К клиническим проявлениям глюкокортикоидного дефицита при первичной надпочечниковой недостаточности относятся:

- а) гипонатриемия и гиперкалиемия
- б) ортостатическая гипотензия вследствие обезвоживания и тяга к соленому
- в) исчезновение подмышечного и лобкового оволосения у лиц женского пола
- + гипогликемия и гиперпигментация кожи и слизистых

7. Вопрос: Клиническим проявлением надпочечниковой недостаточности, которое наблюдается только при первичной форме заболевания, является:

- а) ортостатическая гипотензия
- + тяга к соленой пище
- в) признаки гипоандрогении у лиц женского пола
- г) гипогликемии

8. Вопрос: Половые стероиды синтезируются в:

- а) пучковой зоне коры надпочечников
- б) клубочковой зоне коры надпочечников
- + сетчатой зоне коры надпочечников
- г) мозговом веществе надпочечников

9. Вопрос: Для острой надпочечниковой недостаточности характерно:

- + артериальная гипотензия
- б) тахикардия
- в) гипертонус и судороги
- г) артериальная гипертензия

10. Для дифференциальной диагностики между функциональным и патологическим гиперкортицизмом применяют:

- а) инсулиновый тест
- б) пробу с нагрузкой белком
- в) пробу с голоданием
- + малую пробу с дексаметазоном

Модуль 4 Нейроэндокринные заболевания УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5

1. Вопрос: При несахарном диабете в моче выявляется:

- а) глюкозурия
- б) повышение удельного веса
- + гипоизостенурия
- г) протеинурия
- д) лейкоцитурия

2. Вопрос: Основные клинические проявления гиперпролактинемии:

- + галакторея у женщин и мужчин
- + бесплодие
- + нарушение менструального цикла
- г) артериальная гипертензия
- д) появление полос растяжения на коже живота, бёдер

3. Вопрос: При акромегалии совместно с СТГ наиболее часто секретируется:

- а) АКТГ
- + пролактин
- в) ЛГ
- г) ТТГ

4. Вопрос: Для подтверждения несахарного диабета проводят пробу:

- а) инсулиновой гипогликемии
- + сухоедением
- в) голоданием
- г) 1 мг дексаметазона

5. Вопрос: Одним из осложнений нейрохирургического удаления опухоли хиазмально-селлярной области может быть развитие:

- а) нефрогенного несахарного диабета
- б) эндогенного гиперкортицизма
- + СТГ-дефицита
- г) первичного гипопаратиреоза

6. Вопрос: Измерение уровня пролактина у беременных женщин с пролактиномами в период гестации:

- а) проводится 1 раз в 6 месяцев
- б) необходимо проводить 1 раз в месяц
- в) необходимо проводить 1 раз в 3 месяца
- + нецелесообразно

7. Вопрос: Абсолютным показанием к оперативному вмешательству при акромегалии является:

- а) декомпенсация кардиомиопатии вследствие акромегалии
- б) выраженная головная боль
- + хиазмальный синдром
- г) уровень СТГ сыворотки более 45 нг/мл

8. Вопрос: Кортикотропинома является новообразованием гипофиза, приводящим к развитию:

- а) синдрома Иценко-Кушинга
- б) вторичного гиперальдостеронизма
- в) АКТГ-эктопического синдрома
- + болезни Иценко-Кушинга

9. Вопрос: Нефрогенный несахарный диабет развивается вследствие:

- а) нарушения синтеза, транспорта или осморегулируемой секреции вазопрессина
- б) снижения порога чувствительности осморцепторов для жажды
- + резистентности почек к вазопрессину
- г) бесконтрольного применения диуретиков

10. Вопрос: Для визуализации аденомы гипофиза при акромегалии наиболее чувствительным методом является:

- а) КТ головного мозга
- б) ПЭТ-КТ головного мозга
- в) КТ головного мозга с контрастированием
- г) МРТ головного мозга с контрастированием

Модуль 5 Заболевания околощитовидных желез УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5

1. Вопрос: Причины развития первичного гиперпаратиреоза:

- а) тиреоидэктомия
- + аденома паращитовидной железы
- в) радиационное повреждение паращитовидных желез
- г) гиперплазия паращитовидных желез
- д) недостаток поступления в организм йода

2. Вопрос: Дефицит паратгормона характеризуется наличием:

- + тонических судорог
- б) повышением температуры
- в) диареи
- г) жажды
- д) полиурии

3. Вопрос: Самой частой причиной гипопаратиреоза является:

- а) аутоиммунное поражение

- б) висцеральное ожирение
- + травма шеи
- г) кахексия

4. Вопрос: Гиперкальциемия диагностируется при уровне кальция в крови:

- а) 2,3 ммоль/л
- б) 2,4 ммоль/л
- в) 2,5 ммоль/л
- + 2,7 ммоль/л

5. Вопрос: У пациентов с гипопаратиреозом для коррекции гиперкальциурии может использоваться:

- + гидрохлортиазид
- б) верошпирон
- в) дексаметазон
- г) метоклопрамид

6. Вопрос: Для верификации диагноза «гипопаратиреоз» необходим анализ на:

- + кальций общий
- + альбумин
- + паратиреоидный гормон
- г) магний

7. Вопрос: В 80-85% случаев первичный гиперпаратиреоз обусловлен _____ околощитовидной железы:

- а) гипоплазией
- б) карциномой
- + аденомой
- г) гиперплазией

8. Вопрос: Единственным радикальным и эффективным методом лечения первичного гиперпаратиреоза является:

- + хирургический
- б) химиотерапевтический
- в) лучевой
- г) медикаментозный

9. Вопрос: К достоверным признакам злокачественного поражения околощитовидной железы относится:

- а) интенсивное свечение на сцинтиграфии
- б) внутриопухолевая сосудистая инвазия
- + инвазивный рост в мягкие ткани
- г) размер образования более 3,5 см

10. Вопрос: Наиболее часто эктопические околощитовидные железы локализуются в:

- а) верхней трети пищевода
- + щитовидной железе
- в) гортанной части глотки
- г) нижнем средостении

1. Вопрос: Одной из целей лечения при синдроме поликистозных яичников является:
+ восстановление овуляторного менструального цикла
б) предупреждение развития надпочечниковой недостаточности
в) достижение нормопролактинемии
г) подавление уровня гонадотропинов
2. Вопрос: При синдроме поликистозных яичников применяются оральные контрацептивы, в составе которых содержатся гестагены с _____ действием:
а) антиэстрогенным
б) глюкокортикоидным
+ антиандрогенным
г) антиминералкортикоидным
3. Вопрос: Гипергонадотропный гипогонадизм обусловлен:
а) врожденной гипоплазией надпочечников
+ первичным поражением гонад
в) повреждением гипофизарной области
г) снижением секреции гипоталамических гормонов
4. Вопрос: Для наступления овуляции необходим выброс:
а) ингибина В
б) эстрадиола
+ лютеинизирующего гормона
г) фолликулостимулирующего гормона
5. Вопрос: К причинам вторичного гипогонадизма у мужчин относится:
а) приобретенная анорхия
б) неопущение яичек
в) дисгенезия гонад
+ аденома гипофиза
6. Вопрос: Для диагностики синдрома поликистозных яичников используется исследование уровня:
а) ингибина В
б) антимюллерова гормона
+ тестостерона
г) альдостерона
7. Вопрос: При обращении пациентки с первичной аменореей необходимо исключить:
а) гипергликемии
+ гиперпролактинемии
в) гиперпаратиреоза
г) гиперальдостеронизма
8. Вопрос: Фенотипическая картина, схожая с клиническими проявлениями синдрома Шерешевского-Тернера наблюдается при синдроме:
+ Нуна
б) Шиена
в) Прадера-Вилли
г) Клайнфельтера
9. Вопрос: Антимюллеров гормон является маркером:

- а) гиперандрогении
- + овариального резерва
- в) недостаточности лютеиновой фазы
- г) поликистоза яичников

10. Вопрос: Гипогонадизм, связанный с перенесенным орхитом, является:

- а) вторичным
- + первичным
- в) третичным
- г) смешанным

Модуль 7 Неотложная эндокринология УК-1, ОПК-4-10, ПК-1-5

1. Вопрос: Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения:

- а) строфантина
- + изотонического раствора натрия и инсулина
- в) солей кальция
- г) норадреналина
- д) солей калия

2. Вопрос: Дифференциальная диагностика гипергликемического гиперосмолярного состояния проводится с:

- а) инсультом
- б) острым аппендицитом
- в) инфарктом миокарда
- + отеком мозга

2. Вопрос: К симптомам кетоацидоза и ацидоза относят:

- + запах ацетона изо рта
- + тошнота, рвота
- + дыхание Куссмауля
- г) дыхание Чейна-Стокса

4. Вопрос: Терапию гиперкальциемического криза начинают с:

- а) восполнения дефицита фосфора в крови
- б) назначения кальцимиметиков
- + восполнения объема циркулирующей крови
- г) инициации форсированного диуреза

5. Вопрос: Гипогликемическая кома характеризуется:

- + судорожным синдромом
- б) резкой дегидратацией
- в) гипотонией мышц
- г) диабетическим румянцем

6. Вопрос: Лабораторная диагностика лактацидоза:

- + метаболический ацидоз
- б) низкий уровень глюкозы
- в) повышение уровня натрия
- + повышенный уровень лактата

7. Вопрос: Лечебная тактика при развитии острой надпочечниковой недостаточности:

- а) назначение дексаметазона

- + назначение гидрокортизона
- в) назначение адреналина и метилпреднизолона
- г) назначение адреналина

8. Вопрос: Клинические проявления аддисонического криза (острой надпочечниковой недостаточности):

- а) повышение АД
- + резкое снижение АД (коллапс)
- + рвоту, боли в животе
- + гипонатриемию

9. Вопрос: Неотложная терапия тиреотоксического криза:

- + тиреостатики
- + глюкокортикоиды
- + бета-блокаторы
- г) ограничение жидкости

10. Вопрос: Какой лекарственный препарат чаще всего провоцирует развитие лактацидоза при почечной недостаточности:

- а) гликлазид
- б) метформин (бигуаниды)
- в) инсулин лизпро
- г) акарбоза

2.3. Ситуационные задачи

Во время экзамена по дисциплине ординатор решает одну ситуационную задачу, демонстрируя сформированность универсальных и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология.

Решение ситуационной задачи позволяет оценить умение ординатора анализировать информацию, выделить главные и второстепенные признаки болезни, правильно использовать терминологию, ставить диагноз согласно действующих классификаций, МКБ; выбрать оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики и разработать план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента.

Примеры ситуационных задач

ЗАДАЧА № 1 (контролируемые компетенции: УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5)

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь. Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня утром стала безучастной к происходящему вокруг, с затруднением отвечала на вопросы. Постепенно начала терять сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным.

Объективно: состояние тяжёлое. Положение пассивное (лёжа на кровати), сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя. Рост – 154 кг, вес – 43 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен. Черты лица заострившиеся. В лёгких при перкуссии – ясный лёгочной звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от

среднеключичной линии, ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, шумов нет, 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД – 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, малиновый. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, напряжён при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания – отрицательный. Щитовидная железа не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 4%, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 17%, моноциты – 8%. СОЭ – 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, удельный вес – 1032, белок – 0,12 г/л, сахар – 10%, ацетон – 4++++, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевины – 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ – 24 Ед/л, АЛТ – 28 Ед/л, Na⁺ – 131,3 ммоль/л, K⁺ – 3,2 ммоль/л, КЩС: рН – 7,03, ВЕ – 18,3.

ЭКГ: ритм – синусовый, ЧСС – 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). – вправо. Метаболические изменения миокарда.

ЗАДАНИЕ:

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

ЗАДАЧА № 2 (контролируемые компетенции: УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5)

На приеме женщина 27 лет предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание ее коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела при хорошем аппетите на 4 кг, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост 172 см, масса тела 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9°C.

Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 112 в минуту, АД – 138/74 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, отмечается мелкокоразмашистый тремор вытянутых рук.

ЗАДАНИЕ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?

4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?

5. Назначьте лечение данной пациентки? Оцените прогноз.

ЗАДАЧА № 2 (контролируемые компетенции: УК-1, ОПК-4-9, ПК-1-5)

Женщина 42 лет, юрист, обратилась на приём к участковому врачу с жалобами на приступы внезапного повышения артериального давления до 200/110 мм рт.ст и выше, сопровождающиеся головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха,

дрожью во всем теле, потливостью. Продолжительность таких приступов составляла от нескольких минут до 1 часа.

Из анамнеза известно, что впервые подобные приступы стали беспокоить год назад. Развитию этих приступов обычно предшествовали физическая нагрузка или нервное перенапряжение. По совету знакомой принимала лозартан 50 мг в сутки, однако,

без видимого эффекта. Неоднократно за последние 2-3 мес. вызывала БСМП по поводу гипертонического криза. Однако ввиду того, что приступ проходил самостоятельно до приезда БСМП от госпитализации отказывалась. За последний месяц вышеуказанные приступы участились до 1 раза в неделю, что и послужило поводом обратиться к участковому врачу. Из анамнеза жизни: у матери АГ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост 167, вес 62 кг, ИМТ 22,23 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные. В лёгких - везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 86 в минуту. АД – 128/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,4 ммоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 103 мл/мин; ЭКГ: синусовый ритм, 85 ударов в минуту.

ЗАДАНИЕ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию вы бы порекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи, вопросы экспертизы нетрудоспособности

3. Технологии и критерии оценивания

За период изучения дисциплины «Эндокринология» предусмотрен зачет с оценкой в 1, 3 семестрах, зачет без оценки в 4 семестре в виде клинического разбора больного, во время которого оцениваются навыки использования методов обследования, диагностики и назначения лечения, а также тестового контроля. По результатам испытаний выставляется оценка или «зачтено».

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена в 2 семестре. Цель промежуточной аттестации – оценить степень освоения ординаторами дисциплины «Эндокринология» в соответствии с требованиями ФГОС ВО. До экзамена допускаются ординаторы, аттестованные по практическим навыкам.

Этапы проведения экзамена:

- 1) оценка навыков и умений;
- 2) тестовый контроль;
- 3) решение ситуационной задачи.

Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки госпитализации больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем экзаменуемый проявляет толерантность к социальному, этническому, пищевому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни с учетом индекса массы тела, не определен прогноз.

Критерии оценки этапа тестирования

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее, чем 70% тестовых заданий, свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

Критерии оценки этапа решения ситуационной задачи

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения.

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни.

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз.

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.