

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Зудин Александр Борисович
Должность: Директор
Дата подписания: 14.02.2024 10:27:49
Уникальный программный ключ:
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 16
к основной профессиональной образовательной программе
высшего образования по специальности
31.08.53 «Эндокринология»
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Укрупненная группа специальностей:

31.00.00 Клиническая медицина

Специальность

31.08.53 Эндокринология

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Москва 2023

Оглавление

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	3
2. Место государственной итоговой аттестации в структуре программы ординатуры	3
3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации	3
4. Форма и структура государственной итоговой аттестации.....	6
4.1. Форма государственной итоговой аттестации.....	6
4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации	7
4.3. Структура государственной итоговой аттестации	7
5. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации	8
6. Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации ...	9
6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования	9
6.2. Критерии оценки практических навыков и умений	10
6.3. Критерии оценки итогового собеседования.....	10
7. Примерные оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации.....	12
7.1. Примерные тестовые задания	12
7.2. Примерный перечень практических навыков	13
7.3. Пример лабораторных анализов для интерпретации.....	14
7.4. Пример результатов инструментальных методов обследования.....	15
7.5. Пример билета	15
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации.....	17
8.1. Основная и дополнительная литература	17
8.2. Перечень современных профессиональных баз данных, используемых для освоения образовательной программы:.....	19
8.3. Перечень информационных справочных систем, используемых для освоения образовательной программы:	19
9. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....	19
10. Справочные материалы по нормативно-правовому и методическому обеспечению программы ординатуры	20
Приложение 1. Фонд оценочных средств.....	24

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология.

Задачи:

1. Определение уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.53. Эндокринология, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врача-эндокринолога);
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации- врач-эндокринолог.

2. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы Блока 3 - государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 «Эндокринология» завершается присвоением квалификации "Врач-эндокринолог".

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высоко квалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК)

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

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

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

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

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

Общепрофессиональные компетенции (ОПК)

Деятельность в сфере информационных технологий

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

Организационно-управленческая деятельность

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

Педагогическая деятельность

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность;

Медицинская деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

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

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

- ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;

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

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

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

Профессиональные компетенции (ПК)

Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и\или состояниях эндокринной системы

ПК-1 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

ПК-2 Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза

ПК-3 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности

ПК-4 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ПК-5 Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-6 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

ПК-7 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

4. ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.53 Эндокринология проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоемкость государственной итоговой аттестации

Трудоемкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

4.3. Структура государственной итоговой аттестации

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – демонстрация практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех дисциплин учебного плана по специальности 31.08.53 Эндокринология. Каждый обучающийся отвечает на 50 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.

Оценка практических навыков и умений проводится с целью демонстрации обучающимся качества полученных им знаний и объема освоенных практических навыков и умений. Каждый обучающийся демонстрирует выполнение одного практического навыка, дает интерпретацию лабораторного анализа и результата инструментального метода обследования пациента с эндокринным заболеванием.

Собеседование проводится с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование представляет собой ответ на три теоретических вопроса и решение ситуационной задачи междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Оценка сформированности компетенций в процессе сдачи этапов государственного экзамена:

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап – тестирование	УК-1,2,3, 4,5; ОПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7
2 этап – практические навыки	УК-1,2,3, 4,5; ОПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7
3 этап – устное собеседование	УК-1,2,3, 4,5; ОПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7

5. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проведение ГИА определяется календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Перед государственной итоговой аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ГИА.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты 1 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено» и оцениваются следующим образом:

- Тестирование, написанное на 70 % и более правильных ответов оценивается оценкой «зачтено», а на 69 % и менее правильных ответов - оценкой «не зачтено».
- результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

В случае успешного прохождения 1 этапа государственного экзамена, ординатор допускается к прохождению следующего этапа ГИА.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «не зачтено» на

первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией не более 1 раза.

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

- **«зачтено»** – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы), самостоятельно демонстрирует правильное выполнение практических умений, дает правильную интерпретацию лабораторным анализам и инструментальным методам обследования.
- **«не зачтено»** – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки, дает ошибочную интерпретацию результатам лабораторного и инструментального обследования.

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

6.3. Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

- **«отлично»** - выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно

справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

- **«хорошо»** - выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
- **«удовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.
- **«неудовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен. Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

7. ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1. Примерные тестовые задания

Укажите наиболее частую причину субклинического тиреотоксикоза в регионе йодного дефицита:

- a) многоузловой зоб +
- b) аутоиммунный тиреоидит
- c) подострый тиреоидит
- d) экзогенное введение левотироксина натрия

Укажите показания для определения антител к рецепторам ТТГ:

- a) дифференциальная диагностика синдрома тиреотоксикоза при отсутствии эндокринной офтальмопатии +
- b) всем больным с тиреотоксикозом
- c) тиреотоксикоз в сочетании с эндокринной офтальмопатией
подбор дозы тиреостатиков

Какая локализация характерна для нейропатических язв при синдроме диабетической стопы?

- a) тыльная поверхность стопы
- b) подошвенная поверхность плюсны +
- c) края пятки
- d) кончики пальцев
- e) нижняя треть голени

Укажите побочные действия метформина:

- a) вздутие живота, тошнота, рвота +
- b) высокая частота гипогликемий
- c) агранулоцитоз
- d) все ответы правильные

Диагностические критерии возрастного гипогонадизма у мужчин старше 50 лет:

- a) остеопороз или остеопения
- b) уровень общего тестостерона менее 12 нмоль/л и/или свободного тестостерона менее 250 пмоль/л +
- c) плохое настроение, раздражительность, депрессия
- d) атрофия полового члена, яичек
- e) повышение либидо

7.2 Примерный перечень практических навыков

1. Оценка риска переломов по FRAX
2. Подготовка шприц-ручки к работе и обучение пациента
3. Коррекция инсулинотерапии при СД 1 типа на основании дневника самоконтроля гликемии

4. Купирование тяжелой гипогликемии у пациента с сахарным диабетом 1 типа

5. Практические навыки оценки углеводов в пищевых продуктах, таблица хлебных единиц.

7.3 Пример лабораторных анализов для интерпретации.

1.

	Показатель	Значение	Единица измерения	Референтные значения
1	ТТГ	1,9	Мкед/м	0,2-4
2	свТ4	14,2	П моль /л	9,8-19,7
3	Тиреоглобулин	Менее 0,2	Нг/мл	5,6-27,3
4	Антитела к тиреоглобулину	Менее 3	Ед /л	Менее 3

2.

	Показатель	Значение	Единицы измерения	Референсные значения
1.	Кальций общий	2,31	ммоль/л	2,2-2,65
2.	Фосфор неорганический	1,1	ммоль/л	0,8-1,45
3.	Альбумин	42	г/л	32-46
4.	ПТГ	6,2	пмоль/л	1,7-6,4
5.	Витамин D	23	нг/м	

3.

	Показатель	Значение	Единица измерения	Референтные значения
1	Общий тестостерон	3,1	Нмоль/л	0,08 – 2,9
2	ЛГ	3,4	мМЕ/мл	1,7 - 8,6
3	ФСГ	7,8	мМЕ/мл	0,7 - 11,2
4	17-ОН прогестерон	3,25	Нмоль/л	0,5-2,8
5	Пролактин	330	ЕД\мл	120-540

4.

	Показатель	Значение	Единица измерения
1	Кортизол исходно	878	нмоль/л

2	Кортизол крови после Дексаметазона 16 мг	902	нмоль/л
---	--	-----	---------

5.

	Показатель	Значение	Единица измерения	Референтные значения
1.	Лютеинизирующий гормон	3,62	МЕ/л	1,6-14
2.	Фолликулостимулирующий гормон	2,6	МЕ/л	1,4-9,0
3.	АКТГ	35,9	пг/мл	7-63
4.	Пролактин	27,7	нг/мл	4-22
5.	ТТГ	1,63	мкЕд/мл	0,4-4
6.	Т4своб.	1,03	нг/дл	0,97-1,66
7.	Кортизол	233	нмоль/л	101-535
8.	ИРФ-1	457	нг/мл	41-245

7.4 Пример результатов инструментальных методов обследования

1. Интерпретация результатов УЗИ щитовидной железы при диффузном зобе
2. Интерпретация сцинтиграфии щитовидной железы при узловом токсическом зобе
3. Интерпретация результатов денситометрии костей скелета
4. Интерпретация МРТ гипофиза

7.5 Пример билета

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Кафедра эндокринологии и цифровой медицины

Билет № 1

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности 31.08.53 Эндокринология*

1. Артериальная гипертензия и сахарный диабет. Особенности

лечения

- 2. Амiodарон-индуцированный гипотиреоз: патогенез, особенности диагностики, тактика ведения пациентов, особенности лечения**
- 3. Акромегалия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение**
- 4. Решите ситуационную задачу:**

Больная Л., 31 год, госпитализирована в неврологический стационар, куда была доставлена бригадой скорой помощи. Со слов родственников в течение последних 5-6 дней пациентка предъявляла жалобы на постепенно усиливающиеся подергивания мышц лица, судороги верхних конечностей, прогрессирующую слабость и заторможенность. Бригада СМП была вызвана в связи с развившимся судорожным приступом с потерей сознания, без прикусывания языка, без непроизвольного мочеиспускания.

При обследовании: состояние средней тяжести. Походка медленная, шаткая, неуверенная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски и влажности. На шее послеоперационный рубец. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, ЧСС 64 уд/мин. АД 120/75 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Положительные симптомы Хвостека и Труссо.

Перенесенные заболевания: оперативное вмешательство по поводу флегмоны шеи в возрасте 19 лет.

Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи – все показатели без отклонений от референсных значений.

Биохимический анализ крови: общий кальций – 1,4 ммоль/л (2,2-2,6), фосфор неорганический – 1,95 ммоль/л (0,8-1,45), глюкоза – 4,7 ммоль/л (4,1-6,0).

Анализ крови на гормоны: ТТГ – 2,52 мЕд/л (0,4-4,0), Т4 свободный – 14,22 пмоль/л (9-19,05).

Рекомендована консультация эндокринолога.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план обследования
3. Составьте план лечения
4. Каковы критерии оценки эффективности терапии?

Заведующий кафедрой

Древаль А.В.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

8.1. Основная и дополнительная литература

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Электр. адрес ресурса
1	2	3	4	5
1.	Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом/ Издание 9-е	Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой.	Москва, 2019.	https://rae-org.ru/system/files/documents/pdf/algoritmy_sd_9-y_vypusk_dopolnenyy_1.pdf
2.	Эндокринология. Национальное руководство. 2-е издание	Под редакцией И.И. Дедова, Г.А.Мельниченко	Москва. ГЭОТАР-Медиа 2020	https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970455609-0005.html
3.	Эндокринология. Руководство для врачей	Древаль А.В.	Москва. ГЭОТАР-Медиа 2016	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451106.html
4.	Диабетологическая практика	Под Ред Древаля А.В.	Москва. ГЭОТАР-Медиа 2018	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441930.html
5.	Репродуктивная эндокринология	Древаль А.В.	Москва. ГЭОТАР-Медиа 2018	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453704.html

6.	Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамин Д	Древаль А.В.	Москва. ГЭОТАР-Медиа 2017	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448502.html
7.	Алгоритм диагностики и лечения остеопороза: учебное пособие	А.В. Древаль, И.В. Крюкова, И.А.Барсуков	Москва. МОНИКИ . 2017	https://emll.ru/find?idb=17&ID=RUCML-BIBL-0001459947
8.	Эндокринология: учебник.	Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В.	Москва. ГЭОТАР-Медиа,- 2015	https://emll.ru/find?idb=17&ID=RUCML-BIBL-0001554087
9.	Эндокринология. Российские клинические рекомендации.	Под ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко	Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2018	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446034.html
10	Эндокринология. Клинические рекомендации.	под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.	Москва. Литтерра. 2019	https://emll.ru/find?idb=17&ID=RUCML-BIBL-0001520421
11	Неотложная эндокринология: Руководство для врачей.	Потемкин В.В., Старостина Е.Г.	М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008	https://emll.ru/find?idb=17&ID=RUCML-BIBL-0000742637

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Электр. адрес ресурса
1	2	3	4	5
1.	Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. 4-е изд	Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., Манухина М.Е.	Москва. ГЭОТАР-Медиа . 2020	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458211.html
2.	Физическая активность и сахарный диабет	Древаль А.В., Древаль О.А.	Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2020	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457009.html
3.	Помповая инсулинотерапия и непрерывное мониторирование гликемии (клиническая практика и перспективы)	Под ред. Древаля А.В.	Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2020	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454435.html
4.	Эндокринология: учебник.	Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В.	Москва. ГЭОТАР-Медиа,- 2015	https://emll.ru/find?idb=17&ID=RUCML-BIBL-0001554087
5.	Схемы лечения. Эндокринология.	под общ. ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко	М.: Литтерра, 2007	https://emll.ru/find?idb=17&ID=RUC

				ML-BIBL-0000640041
6.	Сахарный диабет: многообразие клинических форма	Дедов И.И., Шестакова М.В., Белая Ж.Е.	Москва. Медицинское информационное агентство. 2016	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUC ML-BIBL-0001432385
7.	Сахарный диабет типа 2: от теории к практике	Берштейн Л.М., Дедов И.И., Шестакова М.В.	Москва. МИА. 2016	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUC ML-BIBL-0001431236
8.	Обучение больных сахарным диабетом	Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Галстян Г.Р., Дедов И.И., Анциферов М.Б.	Москва. Берег, 1999	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUC ML-BIBL-0000446812
9.	Остеопороз: краткое руководство для врачей	Лесняк О.М.	Москва. ГЭОТАР-Меиа. 2019	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUC ML-BIBL-0001510977

8.2 Перечень современных профессиональных баз данных, используемых для освоения образовательной программы:

1. <http://pravo-minjust.ru/>
2. <https://minzdrav.gov.ru/documents/>
3. <http://www.radiomed.ru>
4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
5. <http://www.russmed.ru>

8.3 Перечень информационных справочных систем, используемых для освоения образовательной программы:

1. <http://www.consultant.ru/>
2. <https://www.nrph.ru/>
3. <https://emll.ru/newlib/>

9. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Материально-техническая база соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов

дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Материально-техническое обеспечение включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

Аудитории, для проведения занятий лекционного и семинарского типов, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

10. Справочные материалы по нормативно-правовому и методическому обеспечению программы ординатуры

Основные федеральные нормативные акты (смотреть в действующих редакциях):

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
6. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
7. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

Нормативные акты Министерства образования и науки Российской Федерации:

1. Приказ Минобрнауки России № 885, Минпросвещения России № 390 от 05.08.2020 «О практической подготовке обучающихся» (вместе с «Положением о практической подготовке обучающихся») (Зарегистрировано в Минюсте России 11.09.2020 № 59778).
2. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 2 февраля 2022 г. N 100 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология» (с изменениями и дополнениями).
3. Приказ Минобрнауки России от 24.02.2021 № 138 «Об утверждении Порядка разработки примерных основных образовательных программ высшего образования, проведения их экспертизы и ведения реестра примерных основных образовательных программ высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.03.2021 № 62887).
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 10 января 2014 г. № 4 «Об установлении соответствия специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061, специальностям специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, указанным в номенклатуре, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, направлениям подготовки (специальностям) послевузовского профессионального образования для обучающихся в форме ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061».

Федерации от 22 февраля 2012 г. № 127» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.02.2014 г. № 31403).

5. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2017 № 48226).
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 г. № 31136).

Нормативные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. № 39438).
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 г. № 39696).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.11.2013 г. № 30304).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 г. № 29950).
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.09.2011 г. № 20237).
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. № 18247).

Приложение 1. Фонд оценочных средств

1. Вопросы для тестирования:

1. Гормоны - это вещества, которые синтезируются в железах внутренней секреции

и поступают непосредственно

- а) в кровь
- б) в лимфу
- в) в спинномозговую жидкость
- г) в мочу
- д) в желудочно-кишечный тракт

2. С рецепторами, расположенными на плазматической мембране клеток, взаимодействуют все перечисленные гормоны, кроме

- а) тиреотропного гормона (ТТГ)
- б) фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
- в) лютеинизирующего гормона (ЛГ)
- г) инсулина
- д) кортизола

3. Биологический эффект всех перечисленных гормонов осуществляется при участии

циклического аденозинмонофосфата (ц АМФ - вторичного мессенджера),

за

исключением

- а) адренкортикотропного гормона (АКТГ)
- б) тиреотропного гормона (ТТГ)
- в) фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
- г) лютеинизирующего гормона (ЛГ)
- д) гастрин

4. К гормонам-белкам относятся все перечисленные гормоны, кроме

- а) тиреотропного гормона (ТТГ)

б) фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)

в) лютеинизирующего гормона (ЛГ)

г) гормона роста (СТГ)

д) кортизола

5. К нейротрансмиттерам относятся все перечисленные вещества, кроме

а) норадреналина

б) серотонина

в) мелатонина

г) эндорфинов

д) инсулина

6. Синтез белка усиливает

а) кортизол

б) адреналин

в) инсулин

г) тироксин

д) альдостерон

7. Положительная обратная связь - повышение уровня гормона в крови - стимулирует высвобождение другого гормона, так

а) повышение уровня эстрадиола вызывает высвобождение лютеинизирующего

гормона в гипофизе

б) повышение тироксина повышает уровень тиреотропного гормона

в) повышение кортизола вызывает повышение АКТГ

г) повышение альдостерона вызывает повышение АКТГ

д) повышение тестостерона вызывает повышение лютеинизирующего гормона

8. Наиболее высокий уровень АКТГ отмечается в следующие часы суток

а) 6-8 ч

б) 10-12 ч

в) 13-14 ч

г) 15-17 ч

д) 18-23 ч

9. Наиболее низкий уровень АКТГ отмечается в следующие часы суток

а) 6-8 ч

б) 10-12 ч

в) 13-14 ч

г) 15-17 ч

д) 18-23 ч

10. На синтез адренокортикотропного гормона влияет

а) мелатонин

б) кортиколиберин

в) тиреолиберин

г) люлиберин

д) соматолиберин

11. β -эндорфины являются

а) частью молекулы β -липотропина

б) стероидами

в) β -липотропином

г) витаминами

д) вторичным "мессенджером"

12. Химическим посредником в действии гормонов - "вторичным мессенджером" -

является

а) кальций

б) натрий

в) бром

г) фтор

д) калий

13. С кальцием взаимодействует

а) транскритин

- б) преальбумин
- в) кальмодулин
- г) трансферрин
- д) орозомукоид

14. Гормоны транспортируются к органам-мишеням с помощью

- а) белков
- б) жиров
- в) углеводов
- г) гликопротеидов
- д) витаминов

15. Усиливают действие вазопрессина на почки все следующие препараты, кроме

- а) диуретиков
- б) хлорпропамида
- в) солей лития
- г) карбамазепина
- д) антибиотиков

16. Эктопированный АДГ-синдром наиболее часто наблюдается

- а) при бронхогенном раке
- б) при раке поджелудочной железы
- в) при тимоме
- г) при лимфоме
- д) при раке предстательной железы

17. Эктопированный АДГ-синдром может сопровождаться всем перечисленным,

кроме

- а) повышенной секреции вазопрессина
- б) повышенной секреции АКТГ
- в) повышенной функции коры надпочечников
- г) сниженной функции коры надпочечников

д) нормальной функции коры надпочечников

18. Терапия при синдроме Пархона включает все перечисленное, кроме

а) проведения лучевой терапии на межуточно-гипофизарную область

б) кортикостероидов

в) терапии бромкриптином

г) спиронолактонов

д) мочегонных средств

19. Положительный эффект терапии парлоделом больных с идиопатическими

отеками обусловлен всем перечисленным, кроме

а) повышения функции щитовидной железы

б) активации дофаминергической рецепции гипоталамуса

в) прямого действия препарата на антидиуретический гормон

г) воздействия на альдостерон

д) гипотензивного действия препарата

20. Лечение синдрома Пархона неопухолевого генеза включает все перечисленное,

кроме

а) ограничения жидкости и поваренной соли

б) назначения препаратов калия

в) назначения препаратов лития

г) назначения парлодела

д) ограничения приема фруктов и овощей

21. При коматозном состоянии (отеке мозга) назначают все перечисленное, кроме

а) внутривенного введения 500 мл 3% раствора хлорида натрия

б) внутривенного введения 500 мл 5% раствора хлорида натрия

в) введения гипертонического раствора маннитола

г) фурасемида

д) введения анальгетиков

22. Лечение синдрома Пархона опухолевого генеза включает все перечисленное,

кроме

- а) оперативного удаления опухоли
- б) лучевой терапии (при отказе от операции)
- в) назначения демеклоциклина (декломицина)
- г) назначения кортикостероидной терапии
- д) назначения парлодела

23. Противопоказаниями для лучевой терапии при синдроме избыточной секреции

вазопрессина являются все перечисленные, кроме

- а) псевдогипонатриемии
- б) тромбоцитопении
- в) лейкоцитопении
- г) снижения натрия в плазме ниже 110 ммоль/л и осмолярности плазмы ниже 250

мосмоль/кг

- д) гипотиреоза, микседемы

24. Прогноз синдрома Пархона неблагоприятен при наличии всего перечисленного,

кроме

- а) недиагностируемого эктопированного АДГ-синдрома
- б) развития отека мозга
- в) коматозного состояния
- г) злокачественных опухолей, секретирующих вазопрессин
- д) высокого уровня секреции вазопрессина

25. В понятие синдрома Иценко - Кушинга включают все перечисленное, кроме

- а) болезни Иценко - Кушинга
- б) глюкостеромы

- в) андростеромы
- г) эктопического АКТГ-синдрома
- д) гипоталамического синдрома с нарушением жирового обмена

26. Эктопический АКТГ-синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) положительной большой пробы с дексаметазоном
- б) повышением кровяного давления
- в) клиникой синдрома Иценко - Кушинга
- г) высоким уровнем АКТГ
- д) гипокалиемией

27. Этиологическими и провоцирующими факторами болезни Иценко - Кушинга

является все перечисленное, кроме

- а) опухоли гипофиза
- б) опухоли надпочечников
- в) черепно-мозговой травмы
- г) психической травмы
- д) нейроинфекции

28. Для вазоренальной гипертензии характерно все перечисленное, кроме

- а) постоянного высокого кровяного давления
- б) умеренной гипокалиемии
- в) гиперсекреции альдостерона
- г) постоянной выраженной гипокалиемии
- д) патологии сосудов почек

29. Для нефрита с потерей калия характерно все перечисленное, кроме

- а) чрезмерного выделения калия с мочой
- б) пониженного содержания калия в крови
- в) гиперсекреции альдостерона
- г) характерных для нефрита изменений в моче
- д) низкого уровня ренина в плазме

30. На наличие гиперпаратиреоза указывает все перечисленное, кроме

- а) нормокалиемии
- б) гипокалиемии
- в) гиперкальциемии
- г) гипофосфатемии
- д) гиперкальциемии

31. Для феохромоцитомы характерно все перечисленное, кроме

- а) снижения активного ренина в крови
- б) увеличения активного ренина в крови
- в) увеличения содержания в крови и моче катехоламинов
- г) увеличения в моче метаболитов катехоламинов
- д) повышения в крови уровня альдостерона

32. Оперативные методы лечения первичного альдостеронизма включают

все

перечисленное, кроме

- а) оперативного удаления альдостеромы одного надпочечника
- б) тотальной резекции надпочечников при их гиперплазии
- в) тотальной резекции одного надпочечника
- г) тотальной резекции обоих надпочечников при наличии аденомы в одном
- д) оперативного удаления альдостером обоих надпочечников

33. В предоперационном периоде при первичном альдостеронизме

назначают все

перечисленное, кроме

- а) диеты с ограничением содержания натрия
- б) диеты с ограничением содержания калия
- в) спиронолактонов
- г) глюкокортикоидов
- д) диеты с нормальным содержанием натрия

34. Лечение спиронолактонами при первичном альдостеронизме

обуславливает все

перечисленное, кроме

- а) снижения кровяного давления
- б) восстановления содержания калия в организме
- в) нормализации уровня альдостерона
- г) увеличения уровня ренина
- д) снижения уровня ренина

35. Больные с первичным альдостеронизмом без лечения погибают от всего

перечисленного, кроме

- а) прогрессирующей артериальной гипертензии
- б) почечной недостаточности
- в) сердечной недостаточности
- г) метастазирования, интоксикации при наличии злокачественной опухоли

коры

надпочечников

- д) тетании

36. Показанием для установления группы инвалидности при первичном альдостеронизме является все перечисленное, кроме

- а) наличия злокачественной альдостеромы
- б) тяжести почечных нарушений
- в) резекции надпочечников
- г) тяжести поражения сосудистой системы
- д) уровня альдостерона в крови

37. Этиологическими причинами андростеромы могут быть все перечисленные,

кроме

- а) генетических
- б) иммунологических
- в) канцерогенных

г) неполноценности ферментных систем, участвующих в стероидогенезе в коре

надпочечников

д) инфекции

38. Патогенез андростеромы обусловлен гиперсекрецией

а) андрогенов

б) эстрогенов

в) альдостерона

г) глюкокортикоидов

д) глюкокортикоидов и альдостерона

39. Патоморфологически для андростеромы характерно все перечисленное, кроме

а) наличия опухоли коры надпочечников

б) гистологически - опухоли, содержащей, главным образом, темные клетки,

характеризующиеся полиморфизмом

в) при злокачественной андростероме - клеточной атипии инфильтративного роста,

множества очагов некроза

г) при злокачественной форме - метастазирования в забрюшинное пространство,

печень, легкие

д) выявления только гиперплазии коры надпочечников

40. Клинически андростерома у женщин характеризуется всем перечисленным,

кроме

а) гирсутизма

б) нарушения менструальной функции

в) огрубления голоса

г) уменьшения молочных желез

д) отсутствия перераспределения подкожно-жировой клетчатки

41. Особенности течения андростеромы у девочек является все перечисленное,

кроме

а) увеличения клитора в пубертатный период

б) соответствия зон роста паспортным данным возраста

в) отсутствия роста молочных желез

г) отсутствия менструаций

д) отсутствия роста волос на лобке

42. Особенности течения андростеромы у мальчиков является все перечисленное,

кроме

а) преждевременного оволосения на лобке

б) увеличения наружных половых органов

в) ускоренного роста

г) нормального развития яичек

д) преждевременного созревания скелета

43. Гормональное исследование при андростероме характеризуется всем перечисленным, кроме

а) увеличения экскреции с мочой 17-кетостероидов

б) увеличения в плазме дегидроэпиандростерона

в) отсутствия нарушения экскреции с мочой 17-оксикортикостероидов у большинства больных

г) нормального уровня кортизола в крови у большинства больных

д) нормальной экскреции с мочой в-фракции 17-кетостероидов

44. Функциональные пробы при андростероме выявляют

а) значительное (на 50% и более) уменьшение экскреции 17-кетостероидов с мочой

при приеме дексаметазона

б) отсутствие уменьшения экскреции с мочой 17-кетостероидов при приеме

дексаметазона

в) умеренное (менее 50%) уменьшение экскреции с мочой 17-кетостероидов при

приеме дексаметазона

г) увеличение экскреции 17-кетостероидов с мочой на пробе с хориогоническим

гонадотропином

д) снижение экскреции 17-кетостероидов с мочой на пробе с прогестероном

45. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме

являются

а) высокая гипергликемия

б) повышение осмолярности крови

в) гипонатриемия

г) гиперхлоремия

д) отсутствие повышения уровня мочевины

46. При гиперосмолярной коме отмечают все перечисленное, кроме

а) увеличения в крови гемоглобина, показателя гематокрита

б) повышения в крови общего белка

в) обязательного наличия кетоацидоза

г) нормального уровня бикарбоната и рН крови

д) гиперазотемии

47. В отличие от кетоацидотической комы при гиперосмолярной наблюдается

отсутствие всего перечисленного, кроме

а) дыхания Куссмауля

б) запаха ацетона изо рта

- в) ацетонурии
- г) неврологической симптоматики
- д) нормального уровня сахара в крови

48. Лечение гиперосмолярной комы заключается в назначении всего перечисленного,

кроме

- а) гипертонических растворов
- б) 0.45% раствора хлористого натрия
- в) хлористого калия
- г) инсулинотерапии
- д) устранения причины коматозного состояния

49. Профилактические мероприятия при гиперосмолярной коме включают все

перечисленное, кроме

- а) профилактики отека мозга
- б) избежания сердечно - сосудистой недостаточности
- в) профилактики возможных тромбоэмболий и тромбозов
- г) профилактики гиповолемического шока
- д) достижения нормогликемии (не обязательно)

50. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие

всех перечисленных причин, кроме

- а) передозировки вводимого инсулина
- б) недостаточного приема белков
- в) недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина
- г) недозированной физической нагрузки
- д) ухудшения функций печени и почек

51. Гипогликемические состояния обуславливают все перечисленное, кроме

- а) уменьшения фиксации гликогена в печени и мышцах

- б) нарушения питания центральной нервной системы
- в) гипоксии
- г) нарушения высшей нервной деятельности
- д) нарушения других функций головного мозга

52. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) быстрого развития коматозного состояния
- б) медленного развития комы
- в) тонических или клонических судорог
- г) понижения температуры тела
- д) тахикардии

53. Начальная симптоматика тяжелой гипогликемии может проявляться

всем

перечисленным, кроме

- а) возбуждения, агрессивности больных диабетом
- б) спутанного сознания
- в) повышения сухожильных и периостальных рефлексов
- г) снижения тонуса мышц
- д) положительного симптома Бабинского

54. Наличие гипогликемической комы в отличие от кетоацидотической подтверждаются на основании всех следующих симптоматических данных,

кроме

- а) быстрого внезапного развития тяжелого состояния
- б) ровного дыхания
- в) нормального или повышенного тонуса глазных яблок и скелетных мышц
- г) нормального или повышенного артериального давления
- д) сниженного артериального давления

55. Профилактические мероприятия с целью предупреждения развития гипогликемической комы включают все перечисленное, кроме

а) строгого соблюдения больным диабетом режима питания и инсулинотерапии

б) знания больным симптомов гипогликемии и приема легкоусвояемых углеводов в

случае их появления

в) постоянного самоконтроля сахара в крови и моче

г) самоконтроля ацетонурии

д) осторожности при назначении препаратов, стимулирующих секрецию инсулина

56. При гипогликемической коме проводят всю перечисленную терапию, кроме

а) струйного внутривенного введения 40% раствора глюкозы (40-60 мл)

б) подкожного введения 0.5-1.0 мл 0.1% раствора адреналина

в) подкожного внутривенного или внутримышечного введения 1-2 мл глюкагона

г) внутривенного или внутримышечного введения гидрокортизона (150-200 мг)

д) внутривенного введения раствора Рингера

57. Для диагностики инсулиномы используют

а) УЗИ поджелудочной железы

б) пробу с соматостатином

в) пробу с лейцином

г) индекс инсулин/глюкоза

д) висцеральную ангиографию и компьютерную томографию

58. В отличие от инсулиномы при внепанкреатических гипогликемиях отмечают все

перечисленное, кроме

а) сохранения сознания во время приступа

б) самостоятельно купирующихся приступов

в) пища, богатая углеводами, приводит к учащению приступов

г) пища, богатая белками, приводит к учащению приступов

д) отсутствия обычно неврологических расстройств

59. В отличие от инсулиномы при внепанкреатических гипогликемиях
выявляют

все перечисленное, кроме

- а) содержания сахара в крови натощак не ниже 2.8 ммоль/л
- б) содержания сахара в крови в течение суток не ниже 2.8 ммоль/л
- в) при пробе с соматостатином секреция инсулина остается повышенной
- г) при пробе с голоданием приступ не развивается и гликемия не ниже 2.8

ммоль/л

- д) содержания сахара в крови во время приступа гипогликемии не ниже 2.8 ммоль/л

60. В отличие от инсулиномы синдром Золлингера - Эллисона характеризуется всем

перечисленным, кроме

а) острого развития язвенной болезни с резкими болями в подложечной области

б) гиперсекреции желудочного сока

в) диспепсических проявлений (рвота, понос)

г) развития желудочно-кишечных осложнений (кровотечения, перфорация язв)

- д) содержания сахара в крови натощак ниже 2.8 ммоль/л

61. Соматостатин в поджелудочной железе вырабатывается

а) в а-клетках

б) в b-клетках

в) в d-клетках

г) в F-клетках

62. Согласно классификации заболеваний щитовидной железы (София, 1961)

неправильным термином отдельной нозологической единицы является все перечисленное, кроме

а) базедовой болезни

- б) диффузно-токсического зоба
- в) первично-токсического зоба
- г) тиреотоксикоза
- д) гипертиреоза

63. Для легкой формы диффузно-токсического зоба характерно все перечисленное,

кроме

- а) повышения нервной возбудимости
- б) похудения на 10-15% от исходной массы тела
- в) постоянной тахикардии не более 100 ударов в 1 мин
- г) постоянной тахикардии более 100 ударов в 1 мин
- д) некоторого снижения трудоспособности

64. Для средней тяжести диффузно-токсического зоба характерно все перечисленное,

кроме

- а) значительного повышения нервной возбудимости
- б) снижения трудоспособности
- в) появления мерцательной аритмии
- г) уменьшения массы тела на 20% от исходной
- д) постоянной тахикардии от 100 до 120 ударов в 1 мин

65. Для тяжелой формы диффузно-токсического зоба характерно все перечисленное,

кроме

- а) полной утраты трудоспособности
- б) появления мерцательной аритмии
- в) появления сердечной недостаточности
- г) тиреотоксического поражения сердца
- д) уменьшения массы тела на 20% от исходной

66. Для I степени увеличения щитовидной железы характерно все перечисленное,

кроме

- а) пальпируемого увеличенного перешейка щитовидной железы
- б) визуально неопределяемой щитовидной железы
- в) слегка пальпируемой доли щитовидной железы
- г) железы, видимой при глотании

67. Для II степени увеличения щитовидной железы характерно все перечисленное,

кроме

- а) легко пальпируемой щитовидной железы
- б) железы, видимой при глотании
- в) неизменной конфигурации шеи
- г) измененной конфигурации шеи

68. Тиреотоксикоз может быть при всех следующих нозологических единицах, кроме

- а) диффузно-токсического зоба
- б) начальной стадии подострого тиреоидита
- в) рака щитовидной железы
- г) тиреотоксической аденомы щитовидной железы
- д) нейроциркуляторной дистонии

69. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно

- а) визуальное увеличение щитовидной железы
- б) пальпаторное увеличение щитовидной железы
- в) зоб, изменяющий конфигурацию шеи
- г) щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи

70. Для диффузно-токсического зоба характерно все перечисленное, кроме

- а) аутосомно-доминантного типа наследования
- б) аутосомно-рецессивного типа наследования
- в) полигенного типа наследования
- г) наследственности, не играющей роли в развитии заболевания

д) генетической предрасположенности, сочетающейся с HLA-антигенами В8, DR3

71. Стрессовые факторы играют роль в развитии диффузно-токсического зоба, влияя

на все перечисленное, кроме

а) повышения уровня катехоламинов, тем самым увеличивая скорость синтеза и

секреции тиреоидных гормонов

б) усиления секреции ТТГ

в) иммунной системы, увеличивая частоту аутоиммунных заболеваний

г) развития нейроциркуляторной дистонии как предстadium диффузно-токсического

зоба

72. Из инфекций наиболее часто провоцируют развитие диффузного токсического

зоба все следующие заболевания, кроме

а) гриппа

б) ангины

в) ревматизма

г) других заболеваний носоглотки

д) воспалительного процесса в яичниках

73. В отношении ЛАТС-фактора справедливо все перечисленное, кроме

а) ЛАТС-фактор стимулирует функцию щитовидной железы в течение более

длительного времени, чем ТТГ

б) повышенный уровень ЛАТС наблюдается лишь у 45-50% больных диффузным

токсическим зобом

в) повышенный уровень ЛАТС наблюдается при сочетании диффузного

токсического зоба с экзофтальмом и претибиальной микседемой у 80-90% больных

г) уровень ЛАТС в крови не коррелирует с тяжестью тиреотоксикоза

д) уровень ЛАТС в крови коррелирует с выраженностью офтальмопатии

74. В отношении ЛАТС-протектора справедливо все перечисленное, кроме

а) является g-глобулином

б) является стимулятором щитовидной железы

в) определяется у 60-70% больных с диффузным токсическим зобом

г) уровень ЛАТС-протектора коррелирует с тяжестью тиреотоксикоза

75. Для тиреостимулирующих иммуноглобулинов характерно все перечисленное,

кроме

а) принадлежности к классу А

б) принадлежности в классу G

в) того, что они являются антигенами

г) ответственности за связывание ТТГ с рецептором

д) обладания стимулирующим действием на щитовидную железу

76. Антитела к рецепторам ТТГ могут обусловить все перечисленное, кроме

а) стимуляции аденилатциклазы и усиления биосинтеза тиреоидных гормонов

б) блокирования рецепторов и снижения биосинтеза тиреоидных гормонов

в) при взаимодействии со щитовидной железой блокирования рецептора,

вызывая

рефрактерность к действию ТТГ

г) корреляции между функциональным состоянием щитовидной железы и количеством антител к рецепторам ТТГ

77. При диффузном токсическом зобе установлено все перечисленное, кроме

а) врожденного дефекта иммунного контроля

- б) дефекта или дефицита Т-супрессоров
- в) появления форбидных клонов Т-лимфоцитов
- г) повышенного образования стимулирующих иммуноглобулинов
- д) увеличения Т-супрессоров

78. Диффузный токсический зоб может сочетаться со всеми перечисленными

аутоиммунными заболеваниями, кроме

- а) эндокринной офтальмопатии
- б) претибиальной микседемы
- в) витилиго
- г) синдрома Шмидта

79. Патогенез эндокринной офтальмопатии обусловлен всем перечисленным, кроме

- а) деривата ТТГ, лишенного тиреостимулирующих свойств
- б) генетического фактора
- в) иммунного процесса
- г) образования форбидных (запрещенных) клонов
- д) функционального состояния щитовидной железы

80. Претибиальная микседема выявляется при всем перечисленном, кроме

- а) сочетания с диффузным токсическим зобом
- б) сочетания с офтальмопатией
- в) сочетания с эндемическим зобом
- г) после хирургического вмешательства на щитовидной железе по поводу диффузного токсического зоба
- д) после лечения радиоактивным йодом диффузного токсического зоба

81. Повышенный выброс катехоламинов может обусловить все перечисленное,

кроме

- а) увеличения синтеза тиреоидных гормонов
- б) увеличения секреции тиреоидных гормонов

в) увеличения секреции ТТГ с последующим увеличением уровня тиреоидных гормонов

г) увеличения аутоиммунного процесса в щитовидной железе

д) уменьшения секреции тиреоидных гормонов

82. При первичном гиперпаратиреозе наиболее часто поражаются все перечисленные

системы органов, кроме

а) костной системы

б) почек

в) поджелудочной железы

г) желудка

д) печени

83. Распространенность ожирения в зависимости от пола и возраста составляет все

перечисленное, кроме

а) у женщин - 50%

б) у мужчин - 30%

в) у детей - 10%

г) понижения средней массы тела у лиц старше 70 лет

д) повышения средней массы тела у лиц старше 70 лет

84. Наибольшая распространенность ожирения в развивающихся странах по сравнению с экономически развитыми объясняется всем перечисленным, кроме

а) употребления дешевых продуктов с повышенным содержанием углеводов

б) избытка в рационе жиров животного происхождения

в) недостатка в рационе белка

г) недостатка в рационе клетчатки (фруктов)

д) избытка в рационе белка

85. Этиопатогенетическая классификация ожирения включает все перечисленное,

кроме

а) экзогенно-конституционального ожирения

б) церебральной формы

в) ожирения при гипокортицизме

г) эндокринно-гипотиреоидной формы

д) эндокринно-гипогенитальной формы

86. Синдром Альстрема характеризуется всем перечисленным, кроме

а) ожирения

б) пигментной дегенерации сетчатки

в) нейросенсорной глухоты

г) несахарного диабета

д) сахарного диабета

87. Основными причинами первичного гипогонадизма могут быть все перечисленные, кроме

а) аутоиммунного поражения гонад

б) травмы гонад

в) вирусных поражений гонад

г) воспалительных поражений гонад

д) мононеврита бедренного нерва

88. Наиболее типичными клиническими признаками первичного гипогонадизма

является все перечисленное, кроме

а) маленьких гонад

б) многочисленных акне вульгарис, грубой, толстой, жирной кожи у мужчин

в) отсутствия или недостаточно выраженных вторичных половых признаков

г) евнухоидных пропорций тела

д) гинекомастии у мужчин

89. Для вторичного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме

а) снижения секреции половых гормонов

б) снижения секреции гонадотропинов

в) уменьшения размеров гонад

г) отсутствия или слабого развития вторичных половых признаков

д) высокого уровня гонадотропных гормонов в плазме крови

90. Третичный гипогонадизм характеризуется

а) отсутствием (дефицитом) продукции люлиберина

б) нормальным фенотипом

в) отсутствием нормальной продукции гонадотропинов

г) высокой продукцией люлиберина

д) нормальной секрецией половых гормонов гонадами

91. Для третичного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме

а) снижения секреции половых гормонов гонадами

б) повышенной секреции люлиберина

в) снижения секреции люлиберина

г) выраженных признаков гипогонадизма

д) снижения продукции гонадотропинов

92. Поражение яичников в препубертатном возрасте способствует развитию всего

перечисленного, кроме

а) отсутствия вторичных половых признаков

б) отсутствия оволосения на лобке

в) слабого развития вторичных половых признаков

г) формирования евнухоидных пропорций тела

д) бесплодия

93. Поражение яичников в постпубертатном периоде приводит к развитию

всего

перечисленного, кроме

- а) нарушения менструальной функции
- б) бесплодия
- в) евнухоидизма
- г) гирсутизма
- д) уменьшения размеров матки

94. Поликистозная дегенерация яичников у больной с гипоталамическим синдромом может привести к развитию всего перечисленного, кроме

- а) гирсутизма
- б) опсоменореи
- в) бесплодия
- г) быстрой редукции массы тела
- д) увеличения уровня 17-КС в моче

95. Синдром Клайнфельтера характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) выявления заболевания только у мужчин
- б) определения полового хроматина X
- в) признаков первичного гипогонадизма
- г) бесплодия
- д) высокого интеллекта у больных

96. Для установления диагноза первичного или вторичного гипогонадизма необходимо провести все следующие исследования, кроме

- а) пробы с хорионическим гонадотропином
- б) пробы с тиролиберином
- в) определения полового хроматина
- г) определения половых гормонов в крови
- д) определения 17-КС в моче

97. Эпифиз является эндокринной железой

- а) да
- б) нет

98. Аутоиммунные эндокринные заболевания характеризуются

- а) Т-клеточным иммунодефицитом
- б) снижением Т-супрессоров
- в) наличием аутоантител к собственным антигенам эндокринных желез
- г) уменьшением отношения Т-хелперов к Т-супрессорам
- д) всем перечисленным

99. К каким аутоиммунным заболеваниям относятся эндокринные болезни?

- а) системным
- б) органоспецифическим
- в) смешанным
- г) всем перечисленным
- д) ни к одному из перечисленных типов заболеваний

100. Костная плотность у больных остеопорозом

- а) повышена
- б) понижена
- в) не изменена

2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Больная С., 17 лет, поступила с жалобами на головные боли, отсутствие менструаций, боли в позвоночнике. Больной себя считает с 13 лет, когда впервые было отмечено повышение артериального давления, появились боли в пояснице, девочка перестала расти. Объективно: рост 135 см, масса тела 38 кг, матронизма нет, подкожная жировая клетчатка выражена умеренно; конечности тонкие, избыточное оволосение на лице, теле, на животе бледные, красные стрии. Артериальное давление 160/100 мм рт. ст. На рентгенограммах черепа и позвоночника резко выраженный остеопороз со снижением тел позвонков ("рыбьи" позвонки, костный возраст соответствует 11 годам). Заключение гинеколога: вторичная гипофункция яичников, гипоплазия матки, аменорея. При исследовании системы гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников ритм АКТГ и 17-ОКС в крови составил: АКТГ - в 6, 12, 24 часа -

0; 17-ОКС - в 6 часов - 26,7 мкг/100 мл, в 12 часов - 17,4 мкг/100 мл, в 24 часа - 21,1 мкг/100 мл (норма - 15,0-20,0 мкг/100 мл плазмы). Тесты с АКТГ, метопираном и дексаметазоном отрицательные. По данным МРТ гипофиза и КТ надпочечников патологии не выявлено.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

Задача 2. Больной В., 15 лет, поступил с жалобами на головные боли, задержку роста. Болен с 11 лет, когда стал прибавлять в массе, округлилось лицо'. Объективно: рост 150 см, масса тела 54,5 кг, конечности тонкие, подкожная жировая клетчатка развита на животе; стрии на коже живота бледные. Половое оволосение соответствует возрасту, половые органы сформированы правильно, отставание полового развития от фактического возраста. Артериальное давление 180/110 мм рт. ст. На ЭКГ - горизонтальное положение электрической оси сердца. На рентгенограммах костей черепа и позвоночника - резко выраженный остеопороз. Дифференциация скелета соответствует 14 годам. 17-ОКС в моче - 14,6 мг/сут. После проведения пробы с дексаметазоном - 16,2 мг/с. По данным МРТ гипофиза и КТ надпочечников патологии не выявлено.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

Задача 3. Больная Т., 20 лет, поступила с жалобами на головные боли, отсутствие менструаций в течение 9 месяцев, прибавку в массе на 8 кг, мышечную слабость, избыточное оволосение. Больной себя считает с 18 лет, когда впервые были отмечены повышение АД до 160/100 мм рт. ст., нерегулярные менструации, прибавка в массе и изменение внешности. Объективно: рост 156 см, масса тела 57 кг, ожирение диспластическое, тонкие конечности, на лице и теле избыточное оволосение. На рентгеноденситометрии потеря костной плотности составила 22%, АД 190/120 мм рт.ст. На МРТ патологии гипофиза и надпочечников не обнаружено. Кортизол в крови: в 8 часов - 642 нмоль/л (норма - до 690), в 23 часа - 462 нмоль/л (норма - до 270). АКТГ: в 8 и 23 часа составил < 3,5 пг/мл (норма - 10-60 пг/мл). Исходный свободный кортизол в моче 2146 нмоль/л (норма - 120-400 нмоль/л), после пробы

с синактеном - 1913 нмоль/л, после большой пробы с дексаметазоном -1910 нмоль/л.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

Задача 4. Больная З., 42 года, поступила с жалобами на головные боли, изменение внешности, избыточный рост волос на лице, животе, нарушение менструального цикла, боли в костях, суставах. Считает себя больной с 29 лет, когда по поводу нерегулярных менструаций и поликистоза яичников была оперирована. После операции отмечает повышение артериального давления. С 1990 года (36 лет) стала постепенно изменяться внешность, значительно повысились цифры АД. На МРТ гипофиза и КТ надпочечников - без патологии. Объективно: рост 154 см, масса тела 61 кг, диспластическое распределение подкожно-жировой клетчатки без ожирения, гирсутизм, трофические изменения кожных покровов, язвы на голенях, гипертония, аменорея, остеопороз. Кортизол в крови: в 8 часов - 1265 нмоль/л, после большой пробы с дексаметазоном - 1466 нмоль/л, кортизол в суточной моче - 611 нмоль/ л. Имеется парадоксальная реакция на введение дексаметазона.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

Задача 5. Больная О., 24 лет, поступила с жалобами на слабость, изменение внешности, увеличение массы тела, головные боли, подъемы АД, вторичную аменорею. Считает себя больной в течение последних 6 месяцев (с ноября 1991 года), когда после самопроизвольного выкидыша (срок беременности 14 недель) стала резко возрастать масса тела, изменилась внешность, появились полосы растяжения (стрии) красного цвета на животе и бедрах, повысилось АД. При обследовании по месту жительства были выявлены повышенный уровень сахара в крови и высокий уровень кортизола в моче. Объективно: при поступлении состояние больной средней тяжести, аменорея, отсутствие менструации в течение года, перераспределение подкожно-жировой клетчатки по кушингоидному типу, умеренно выраженный остеопороз, масса тела 85 кг, рост 157 см, АД 190/100 мм рт.ст. При обследовании: • уровень кортизола: 8 часов - 1695 нмоль/л; 23 часа-534 нмоль/л; • уровень АКТГ: 8 часов - 84 пг/мл; 23 часа -

60 пг/мл (норма -10-60 пг/мл) • свободный кортизол в моче - 2000 нмоль/л (норма - 120-400 нмоль/л); • пролактин - 840 мЕд /л (норма у женщин до 700 мЕд/л). При проведении малой пробы с дексаметазоном (1 мг) подавления уровня кортизола в крови не обнаружено. При проведении большой пробы с дексаметазоном (8 мг) было снижение уровня кортизола в крови более чем на 50% от исходного. На боковой краниограмме черепа - турецкое седло увеличено в размере, стенки его истончены. КТ-исследование головного мозга, проведенное на фоне контраста, - кистозная аденома гипофиза (1,2 см). КТ-исследование надпочечников - оба надпочечника умеренно гиперплазированы, без объемных образований.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

Вопросы для зачета с оценкой

1. Распространенность сахарного диабета (СД) в развитых странах и РФ. Социальноэкономическая значимость проблемы роста заболеваемости СД.

2. Этиология, патогенез СД типа 1. Факторы риска.

3. Этиология, патогенез СД типа 2. Факторы риска.

4. Клиника СД типа 1. Изменения полости рта при этом типе диабета.

Пародонтоз.

5. Клиника СД типа 2. Изменения полости рта при этом типе диабета.

Пародонтоз.

6. Дифференциальный диагноз между 1-ым и 2-ым типом диабета.

7. Принципы лечения СД. Диетотерапия при СД.

8. Организация обучения в школах диабетиков, самоконтроль гликемии и глюкозурии пациентами с диабетом.

9. Показания, противопоказания к назначению инсулинотерапии.

Принципы назначения инсулинотерапии.

10. Показания, противопоказания к назначению пероральных сахаропонижающих средств. Принципы их назначения.

11. Острые осложнения сахарного диабета: комы диабетические. Клиника, неотложная помощь при гипогликемической коме.

12. Клиника. Неотложная помощь при гипергликемической (диабетической) коме.
13. Клиника, неотложная помощь при лактацедемической и гиперосмолярной комах.
14. Этиология, патогенез развития диффузно-токсического зоба (ДТЗ). Клиника ДТЗ.
15. Лабораторные и инструментальные методы диагностики ДТЗ (гормоны щитовидной железы, общий анализ крови, содержание холестерина в крови, УЗИ щитовидной железы).
16. Тиреотоксический криз. Клиника, неотложная помощь.
17. Йоддефицитные заболевания: диффузный, узловой нетоксический зоб. Клиника, лечение, профилактика дефицита йода у населения.
18. Гипотиреоидная кома. Клиника, неотложная помощь.
19. Хроническая недостаточность надпочечников. Болезнь Аддисона: клиника, диагностика, лечение.
20. Острая недостаточность надпочечников: аддисонический криз. Клиника. Неотложная помощь.
21. Гиперкортицизм – тотальный, парциальный. Этиология, клиника, критерии диагностики.
22. Болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
23. Синдром Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
24. Карликовость. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
25. Акромегалия. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
26. Несахарный диабет. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
27. Пангипопитуитаризм. Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шиена). Этиология, патогенез, лечение.
28. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
29. Синдром Кона. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.

30. Феохромоцитома. Этиология, патогенез. Диагностика, лечение.
31. Ожирение. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
32. Юношеский пубертатный синдром. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
33. Работа с медицинской документацией и нормативными документами.
34. Определение индекса массы тела.
35. Определение степени ожирения.
36. Расчет диеты при ожирении.
37. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из кетоацидотической комы.
38. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из гиперосмолярной комы.
39. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из гипокликемической комы.
40. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из гиперлактацемической комы.

3. Экзаменационные вопросы:

1. Надпочечниковые железы.
2. Система «гипоталамус – гипофиз – надпочечники».
3. Поджелудочная железа.
4. Гастроинтестинальные гормоны.
5. Система «гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа».
6. Околощитовидные железы.
7. Костная ткань, эндокринная регуляция процессов костного метаболизма.
8. Эпифиз.
9. Иммунная система и ее связь с эндокринной системой.
10. Система «гипоталамус – гипофиз – гонады».
11. Диффузная эндокринная система.
12. Клиническая фармакология эндокринных препаратов.

13. Болезнь Иценко – Кушинга.
14. Диэнцефальный синдром, нейроэндокринная форма.
15. Пубертатно – юношеский диспитуитаризм.
16. Акромегалия и гигантизм.
17. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность.
18. Церебрально – гипофизарный нанизм.
19. Синдром гиперпролактинемии.
20. Несахарный диабет.
21. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона.
22. Классификация заболеваний щитовидной железы.
23. Диффузный токсический зоб.
24. Тиреотоксическая аденома.
25. Гипотиреоз.
26. Эндемический зоб и другие йоддефицитные заболевания.
27. Острый тиреоидит (бактериальный).
28. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена гранулематозный).
29. Хронический аутоиммунный тиреоидит (Хасимото).
30. Фиброзный тиреоидит Риделя.
31. Хронические специфические тиреоидиты.
32. Радиационные повреждения щитовидной железы.
33. Злокачественные новообразования щитовидной железы.
34. Эндокринная офтальмопатия.
35. Ожирение и метаболический синдром.
36. Ожирение и сахарный диабет.
37. Ожирение и репродуктивная функция.
38. Лечение ожирения. Профилактика ожирения.
39. Сахарный диабет.
40. Гиперинсулинизм.
41. Глюкагонома.
42. Соматостатинома.

43. Физиология половых желез.
44. Пороки развития половых органов.
45. Гипогонадизм.
46. Преждевременное половое созревание.
47. Синдром поликистозных яичников.
48. Климактерический синдром.
49. Оценка иммунного статуса при эндокринных заболеваниях.
50. Коррекция иммунного статуса при эндокринных заболеваниях.
51. Кортикостерома (синдром Иценко – Кушинга).
52. Первичный альдостеронизм (синдром Конна).
53. Андростерома.
54. Кортикоэстрома.
55. Гормонально неактивные опухоли надпочечников.
56. Хроническая надпочечниковая недостаточность.
57. Острая надпочечниковая недостаточность.
58. Врожденная дисфункция коры надпочечников.
59. Феохромоцитома.
60. Гиперпаратиреоз.
61. Гипопаратиреоз.
62. Рак околощитовидных желез.