МИНИСТЕРСТВО ЗДРОВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭНДОКРИНОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х.ТУРАКУЛОВА

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор РСНПМЦЭ имени

академика Ё.Х.Туракулов

Д.м.н. Ф.Ф.Тураев_____

«_____»_____2023 г.

П Р О Г Р А М М А

проведения квалификационных экзаменов для присуждения ученой степени доктора философии (PhD)медицинских наук по специальности

14.00.03- Эндокринология

Ташкент-2023 год

Составители:

Тураев Феруз Фатхуллаевич – Директор РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х.Туракулова, д.м.н.

Халимова Замира Юсуфовна – Заместитель директора по науке РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х.Туракулова, д.м.н., профессор

Муратова Шахло Тахиржановна – Старший научный сотрудник РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х.Туракулова, к.м.н.

Тахирова Феруза Абраровна - Старший научный сотрудник РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х.Туракулова, к.м.н.

Алимова Насиба Усмановна– Руководитель научного отдела «Детской эндокринологии» РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х.Туракулова, к.м.н.

Садикова Акида Саттаровна – Учёный секретарь, старший научный сотрудник, к.м.н.

Фахрутдинова Севара Сражитдиновна – Заместитель директора по работе с регионами РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х.Туракулова, к.м.н.

Рецензенты:

Трошина Екатерина Анатольевна - Заместитель директора ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России - Директор Института клинической эндокринологии, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Юсупова Шахноза Кадиржановна – Заведующая кафедры «Госпитальной терапии и эндокринологии» Андижанского медицинского института, доктор медицинских наук.

РЕКОМЕНДОВАНА К УТВЕРЖДЕНИЮ:

Программа утверждена на Учёном совете Республиканского специализированного научно практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х.Туракулова Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

«22» июнь 2023 г. Протокол № 10

Учёный секретарь _____ **А.С.Садикова**

АННОТАЦИЯ

Программа проведения квалификационных экзаменов для присуждения ученой степени доктора наук по специальности 14.00.03 - «Эндокринология» разработана в соответствии с Инструкцией о порядке организации и проведения квалификационных экзаменов, утвержденной Постановлением президиума Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров (зарегистрировано Министерством юстиции 17.02.2016 г. № 2764) новым Положением о порядке проведения квалификационных экзаменов.

Содержание программы включает весь объем теоретических и практических навыков, необходимых специалисту для проведения самостоятельной практической и лечебной работы.

Программа построена по блочной (модульной) системе, блоками которой являются разделы программы. Раздел является относительно самостоятельной частью программы, в которой изложены требования к значительной по объему теоретической и практической информации. Каждый раздел включает несколько тем, состоящих, в свою очередь, из элементов. Элемент отражает узкопрофильную информацию, конкретное умение или навык, тот или иной теоретический вопрос и может быть конкретизирован несколькими составляющими частями.

В конце программы приводится общий список литературы и перечень директивных и инструктивно-методических документов, рекомендуемых соискателям для самоподготовки.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

Настоящая программа предназначена для самостоятельной подготовки старшего научного сотрудника-соискателя, самостоятельного соискателя медицинских наук к сдаче квалификационного экзамена по специальности 14.00.03 - «Эндокринология». Она является нормативным документом, определяющим круг специальных вопросов, знание которых обязательно для специалистов высшей квалификации.

Цель программы: оценка уровня подготовки соискателей по специальности «Эндокринология», необходимых для присуждения ученой степени доктора наук, их профессиональной готовности к самостоятельной научно-исследовательской и (или) научно-педагогической деятельности.

Исходя из изложенных требований к знаниям и умениям соискателей, основными **задачами программы являются**:

Изучение основных организационных, диагностических, тактических и лечебных методов в эндокринологии;

Формирование знаний и навыков по современным методам обследования и дифференциальной диагностики в эндокринологии и интерпретации полученных результатов;

Совершенствование собственного опыта практических навыков работы, теоретических знаний в эндокринологии;

Изучение тем по смежным специальностям, имеющим непосредственное отношение к эндокринологии;

Приобретение специальных знаний и умений по современным высоким технологиям в эндокринологии.

Требования к уровню знаний

В результате изучения дисциплины **соискатель должен:**

Знать этиологию, патогенез, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, профилактику заболеваний эндокринной системы.

Знать стандарты диагностики и лечения в эндокринологии.

Иметь опыт интерпретации результатов диагностических и лечебных методов исследования в эндокринологии.

Владеть знаниями новых, современных тенденций в развитии здравоохранения и эндокринологии в частности;

Владеть навыками в проведения научно-исследовательских работ.

Соискатель должен показать на экзамене профессиональные знания по соответствующим разделам эндокринологии, владение современными методами диагностики, дифференциальной диагностики, лечебной тактики, организационно-методической работы.

Основы управления здравоохранением

Ключевые слова: *здравоохранение, эндокринология, программы, маркетинг, экономика.*

Общая характеристика системы здравоохранения в Республике Узбекистан. Законодательство Республики Узбекистан о здравоохранении. Государственная политика в области охраны здоровья населения. Организация оказания медицинской помощи населению. Виды медицинской помощи.

Проведение клинических и медико-биологических исследований в медицине.

Государственные программы в здравоохранении в области эндокринологии.

Роль и место эндокринологической службы в системе здравоохранения.

Организация эндокринологической службы

Ключевые слова: *эндокринологическая помощь, статистика, эндокринологические болезни, диспансеризация, профилактика.*

Организация эндокринологической помощи населению Республики Узбекистан: история развития службы, принципы организации и управления, основные регламентирующие документы, структура службы, цели и задачи, направления и перспективы развития.

Организация работы эндокринологических и реанимационных отделений (палат интенсивной терапии), радиорентгенологических кабинетов, вспомогательных подразделений.

Порядок отбора и направления пациентов для проведения операций на эндокринных железах.

Общая характеристика системы медико-социальной экспертизы в республике, основные регламентирующие документы. Понятие временной нетрудоспособности, инвалидности. Врачебно-трудовая экспертиза пациентов, оперированных по поводу эндокринных заболеваний Качественно-количественные показатели, характеризующие стойкую и временную нетрудоспособность, оценка уровней показателей в Республике Узбекистан приэндокринных заболеваний (ЭЗ).

Организация диспансеризации населения в республике, основные формы. Критерии оценки эффективности диспансеризации пациентов с эндокринными заболеваниями.

Организация профилактической работы. Первичная, вторичная и третичная профилактика ЭЗ. Методика организации обучения пациентов с основными формами ЭЗ.

Медико-санитарная статистика в эндокринологии. Характеристика системы сбора статистической информации в здравоохранении республики. Основные учетно-отчетные формы. МКБ-10. Классификация эндокринных болезней. Учет и анализ заболеваемости, летальности и смертности эндокринологических болезней, оценка уровней показателей.

Общие принципы строения и функций эндокринной системы

Ключевые слова: *эндокринология, эндокринные железы, физиология эндокринных желез, принципы развития эндокринных желез.*

Предмет и задачи эндокринологии, разделы эндокринологии, требования к эндокринологу, история эндокринологии, перспективные направления, современные вопросы функционально-структурной организации эндокринных желез, современные методы функциональной диагностики эндокринных заболеваний;

Понятие о гормонах, классификация гормонов; биосинтез и секреция гормонов; механизмы действия гормонов; метаболизм и инактивация гормонов; регуляция деятельности эндокринных желез, проведение гормональных исследований и интерпретация различных результатов.

Первичное поражение функции желез внутренней секреции, которая в основном обусловлена гипо- или гиперфункцией эндокринных желез; расстройство регуляции секреции и метаболизма гормонов, характеризующейся продукцией аномальных гормонов, резистентностью к действию гомонов, аномалии транспорта и метаболизма гормонов, проведение гормонотерапии и принципы лечения при эндокринопатиях.

Обследование пациентов эндокринной системы с эндокринными заболеваниями

Ключевые слова: *гормональное исследование, рентгенологическое исследование черепа, сцинтиграфия эндокринных желез, ультразвуковая диагностика, кт, ямр.*

Физикальное клиническое обследование пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы: методы обследования, особенности.

Инструментальные методы исследования, классификация, основы получения информации и способы осуществления (реализации) методов.

Общие подходы клинической диагностики эндокринных заболеваний; методы определения гормонов; интерпретация гормональных исследований и функциональных проб;радиорентгенологические методы исследования эндокринных желез, молекулярно-биологические методы диагностики; инструментальные методы диагностики, постановка предварительного и

окончательного диагноза на основании клинических (жалоб, внешнего осмотра, анализа) и объективных данных;

Проведение интерпретации функциональных проб;

Оценка результатов инструментальных исследований.

Гипоталамо-гипофизарная система. Заболевания гипотамо-гипофизарной системы:

Ключевые слова: *гипофиз, гипоталамус, акромегалия, несахарный диабет, соматотропная недостаточность, пангипопитуитаризм, гиперпролактинемический синдром, синдром «неадекватной» гиперсекреции вазопрессина, ТТГ-секретирующие аденомы гипофиза.*

Анатомия и физиология гипоталамо-гипофизарной системы;

гормоны гипоталамо-гипофизарной системы, биосинтез, секреция, регуляция и механизм действия, проведения исследований гормонов и инструментальные исследования функциональной активности гипоталамо-гипофизарной системы.

Классификация гипоталамо-гипофизарных заболеваний;

Аромегалия и гигантизм; этиология, патогенез, нарушения обмена веществ, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение:

Соматотропная недостаточность, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика и принципы лечения;

Несахарный диабет; этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение;

Пангипопитуитаризм; этиология, патогенез, клинические варианты, диагностика и лечение;

Гиперпролактинемический синдром, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения;

Синдром неадекватной продукции АДГ (вазопрессина); этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение;

Гормонально-неактивные опухоли гипофиза, краниофарингиома и другие системные заболевания гипоталамуса, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение;

Синдром "пустого турецкого седла", этиопатогенез, диагностика и принципы лечения;

Болезнь Иценко-Кушинга, этиопатогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы лечения;

ТТГ-секретирующие и гонадотропин секретирующие аденомы гипофиза, этиопатогенез, клиника, диагностика и диф.диагностика и лечение;

Проведения оценки физического и полового развития; трактовки показателей функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы;

Проведение функциональных проб.

Щитовидная железа. Заболевания щитовидной железы:

Ключевые слова:*щитовидная железа, йоддефицитные заболевания, диффузно-токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, подострый тиреоидит.*

Анатомия и физиология щитовидной железы; гормоны щитовидной железы, биосинтез, секреция, транспорт, метаболизм и инактивация, механизм действия; методы обследования больных с заболеваниями щитовидной железы;

классификация заболеваний щитовидной железы, определение степени увеличения

щитовидной железы (по ВОЗ); проведение гормональных исследований щитовидной железы и умение интерпретировать их.

Диффузный токсический зоб; этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения;

Гипотиреоз; этиопатогенез, виды гипотиреоза, диагностика, дифференциальная диагностика, и лечение;

Тиреоидиты (подострый, острый и хронический, т.е. аутоиммунный и фиброзный), этиопатогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, и принципы лечения;

Йоддефицитные заболевания; этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика; узловой и смешанный зоб; диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика;

Рак щитовидной железы; диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика;

Синдром резистентности к тиреоидным гормонам;

Проведение диагностики и выработать принципы лечения заболеваний щитовидной железы и метода групповой профилактики при эндемическом зобе.

Поджелудочная железа, островковый аппарат. Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы:

Ключевые слова: *гормоны островкового аппарата поджелудочной железы, сахарный диабет, острые и поздние осложнения сахарного диабета, сахарный диабет и беременность,особенности ведения и лечения сахарного диабета при хирургических вмешательствах, школа диабета:*

Анатомия и физиология островкового аппарата поджелудочной железы; инсулин, глюкагон, биологические эффекты, секреция, метаболизм, инактивация и регуляция углеводного обмена в норме;

Сахарный диабет, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, диагностика; лабораторно-инструментальные методы исследования; основные принципы лечения;

Проведение теста толерантности к глюкозе, диагностика основных типов диабета;

Выработка принципов лечения в зависимости от типа диабета.

Поздние осложнения: макроангиопатии сосудов головного мозга, сердца, конечностей (особенности течения, принципы лечения и профилактики); микроангиопатии; диабетическая нефропатия, ретинопатия и диабетические ангиопатии конечностей (стадии, клинико-лабораторные проявления, принципы лечения, профилактика); диабетическая стопа; диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика;

Острые осложнения сахарного диабета; диабетическийкетоацидоз; гиперосмолярная кома; лактат-ацидоз; гипогликемическая кома; проведение исследования и диагностики поздних и острых осложнений; проведение лечения соответственно стадии диабетических осложнений и выведение из коматозного состояния;

Гестационный диабет; течение, диагностика, принципы ведения и лечения беременных с гестационным диабетом; особенности течения сахарного диабета во время беременности, лечение и профилактика осложнений, принципы

инсулинотерапии; особенности ведения и принципы лечения сахарного диабета при малых и полостных операциях;

Обучение пациентов; создание школы больных сахарным диабетом (принципы самоконтроля, выявление гипо- и кетоацидотическ'их состояний и принятие соответствующих мер, избежание развития осложнений диабета); тактика лечения больных сахарным диабетом во время беременности; диагностика гестационного диабета; тактика лечения во время хирургических вмешательств; обучение больных сахарным диабетом, принципы самоконтроля.

Опухоли эндокринной части поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта:

Ключевые слова: *гастринома, глюкагонома, випома, карциноидный синдром, инсулинома.*

Анатомия и физиология эндокринной части поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта;

Общая характеристика эндокринных опухолей поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта;

Методы обследования больных; гипогликемический синдром; инсулинома, гиперплазия островков поджелудочной железы, постпрандиальный гипогликемический синдром; клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения;

Гастринома,глюкагонома, випома, карциноидный синдром (этиопато-генез, клиника, диагностика, лечение);

Проведения исследования и диагностики опухолей эндокринной части поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта; определение тактики лечения.

Нарушения жирового обмена и пищевого поведения:

Ключевые слова: *жировая ткань, анорексия и булемия.*

Жировая ткань; ожирение; классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; липодистрофии; классификация, диагностика, лечение; метаболический синдром; механизмы развития, клинические проявления, диагностика, тактика лечения и профилактика;

Первичная анорексия и булимия; этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз; проведения диагностики нарушения липидного обмена (определение индекса массы тела, соотношения окружности талии к окружности бедер); проведение лечения заболеваний, сопровождающихся нарушениями жирового обмена и пищевого поведения; разработка диеты при ожирении.

Надпочечники. Заболевания надпочечников:

Ключевые слова: *надпочечники, гипокортицизм, синдром Кушинга, синдром Конна, феохромоцитома, врожденная дисфункция коры надпочечников.*

Анатомия и физиология надпочечников; корковый слой надпочечников; секреция и метаболизм гормонов коры надпочечников; физиологические эффекты гормонов коры надпочечников и механизм их действия; регуляция секреции гормонов коры надпочечников; мозговой слой надпочечников; синтез, секреция и метаболизм катехоламинов; физиологические эффекты катехоламинов и механизм их действия; проведение исследования гормонов надпочечников и их интерпретация.

Методы обследования больных с заболеваниями надпочечников и (физиологические, лабораторные, инструментальные); классификация заболеваний надпочечников;

Гипокортицизм; хроническая надпочечниковая недостаточность коры, клиника, лечение и профилактика; вторичный и третичный гипокортицизм; клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы лечения; острая надпочечниковая недостаточность, клиника, диагностика, лечение;

Гормонально - активные опухоли коры надпочечников; синдром Кушинга (клиника, диагностика, принципы лечения); синдром Нельсона; этиология, клиника, диагностика, лечение; синдром Конна; клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с псевдогиперальдостеро-низмом, вторичным гиперальдостеронизмом и принципы лечения; злокачественные вирилизирующие и феминизирующие опухоли коры надпочечников; клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, и лечение;

Врожденная дисфункция коры надпочечников; этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение;

Заболевания мозгового слоя надпочечников; феохромоцитома, феохромоцитарный криз; клиника, диагностика, принципы лечения купирования криза; проведение диагностики, выработка принципов лечения; проведение функциональных проб.

Паращитовидная железа и костный метаболизм:

Ключевые слова: *паращитовидные железы, фосфорно-кальциевый обмен, гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз, остеопороз.*

Анатомия и физиология паращитовидных желез, фосфорно-кальциевый обмен; биосинтез, секреция, метаболизм и инактивация гормонов, регулирующих фосфорно-кальциевый обмен; методы обследования больных с заболеваниями паращитовидных желез, нарушениями фосфорно-кальциевого обмена и остеопенией;

Классификация заболеваний парашитовидных желез;

Гиперпаратиреоз; зтиопатогенез, клиника, клинические варианты, диагностика, дифференциальная диагностика, с вторичным и третичным гиперпаратиреозом и другими заболеваниями, сопровождающимися нарушениями фосфорно-кальциевого обмена;

Гипопаратиреоз; этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с псевдогипопаратирео-зом и другими заболеваниями, лечение; остеопороз; этиология, диагностика принципы лечения.

Болезни репродуктивной системы женского организма:

Ключевые слова: *яичники, синдром поликистозных яичников, менопауза, опухоли яичников, нарушение половой дифференцировки:*

Анатомию и физиологию репродуктивной системы женского организма; биологическую роль гормонов яичников; биосинтез, секреция и механизмы действия; методы обследования больных с заболеваниями яичников;

Классификация заболеваний яичников; синдромы дисфункции яичников; аменорея (виды, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная

диагностика, лечение), нарушение овуляторной функции яичников, виды, этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз;

Синдром поликистозных яичников (этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз); Проведение исследования и диагностики бесплодия; умение выработать принципы лечения больных с различными формами бесплодия и другими заболеваниями яичников;

Эндокринологические аспекты менопаузы - этиология, патогенез, клиника,диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Вирилизирующие опухоли яичников (этиология, диагностика, дифференциальная диагностика, клиника, лечение); герминативно-клеточные опухоли; виды, прогноз; эндокринологические аспекты менопаузы (этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение); проведения исследования и диагностирования; выработать дифференциальный подход к тактике лечения; аномалии дифференцировки гонад; аномалии дифференцировки гениталий; дифференциальная диагностика различных форм гермафродитизма; выбор половой принадлежности;

Болезни репродуктивной системы мужского организма. Хромосомные заболевания:

Ключевые слова: *гипогонадизм у мужчин, мужское бесплодие.*

Анатомия и физиология мужских половых желез; биосинтез, секреция, возрастные особенностей механизм действия тестикулярных гормонов; методы обследования больных с заболеваниями яичек;

Гипогонадизм у мужчин; анорхизм, крипторхизм (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение);

Гипогонадизм, обусловленный хромосомными аберрациями: синдром Клайнфельтера, синдром Геркера, Нунан, синдром хх, ххy у мужчины (этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение);

Мужское бесплодие; секреторное экскреторное, иммунное бесплодие (этиология, патогенез, диагностика, лечение); гинекомастия; классификация, клиника, диагностика, лечение; опухоли яичек; этиология, клиника, лечение; проведения диагностики мужского бесплодия и опухолей;

Умение дифференцированно проводить лечение бесплодия.

Синдром множественных неоплазий и полигландулярной недостаточности:

Ключевые слова: *множественные эндокринные неоплазии, аутоиммунный полигландулярный синдром*

Синдром множественных неоплазий I-го типа (МЭН-I) патогенез, клиника, диагностика, лечение; синдром множественных неоплазий П-го типа (МЭН-II) патогенез, клиника, диагностика, лечение; синдром полигланду-лярной недостаточности; аутоиммунный полигландулярный синдром I-го и II-го типа (клиника, диагностика, лечение); проведения диагностики и определять психосоциальную ориентацию больных с гермафродитизмом.

Коматозные состояния в эндокринологии. Диспансеризация больных эндокринной патологией. Врачебная экспертиза:

Ключевые слова: *гипергликемическая кома, гипогликемическая кома, феохромоцитарный криз, тиреотоксический криз, Аддисонический криз.*

Гипергликемические комы: кетоацидотическая, гиперосмолярная, лактоацидотическая (этиология, патогенез, клинические варианты, диагностика,

дифференциальная диагностика, лечение); тиреотоксический, аддисониче-ский, феохромоцитарный кризы; причины, основные клинические проявления, диагностика, лечение криза, прогноз; диагностика и выведение из коматозного состояния.

Диспансеризация больных эндокринной патологией. Врачебная экспертиза:

Ключевые слова: *диспансерное наблюдение эндокринных больных, определение степени нетрудоспособности и стойкая нетрудоспособность.*

Определение нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, группы эндокринных больных, находящихся на диспансерном наблюдении, документация, этапы диспансеризации, на каждом этапе, роль эндокринолога во всеобщей диспансеризации населения; классификация нетрудоспособности при эндокринных заболеваниях, методы определения степени нетрудоспособности, временная и стойкая нетрудоспособность, причины инвалидности, экспертное заключение и показания к трудоустройству.

Основные понятия биостатистики

Биологическая статистика — научная отрасль на стыке биологии и вариационной статистики, связанная с разработкой и использованием статистических методов в научных исследованиях (как при планировании количественных экспериментов, так и при обработке экспериментальных данных и наблюдений) в биологии, медицине, здравоохранении и эпидемиологии. Основой медицинской статистики являются общая теория статистики и математическая статистика. Важная роль в развитии теории и практики медицинской статистики принадлежит математике, кибернетике, информатике, вычислительной технике, автоматизированным системам обработки информации.

В медицинской статистике выделяют следующие основные разделы: общая теория и методы; статистика здоровья населения; статистика здравоохранения; применение методов медицинской статистики в управлении, в клинических, лабораторных, экспериментальных исследованиях.

Общая теория и методы медицинской статистики включают методологию медико-статистического исследования, т. е. совокупность специфических научных методов и приемов сбора, обработки, анализа и оценки медико-статистической информации. Основными методами статистических исследований являются статистическое наблюдение (включая методы планирования и организации); группировка и сводка материалов наблюдения; методы первичной статистической обработки данных (вычисление производных величин — средних и относительных, критериев их достоверности); метод выборочного медико-статистического исследования, включая оценку репрезентативности (представительности) выборочных данных; методы математико-статистического анализа: статистическая оценка значимости различий сравниваемых показателей, исследование и оценка связей и взаимозависимостей, исследование динамики явлений и процессов, статистическое планирование эксперимента, прогнозирование, многомерный статистический анализ, графический анализ и др.

Медико-статистическое исследование включает пять самостоятельных, но взаимосвязанных этапов: 1) планирование исследования (формулировка цели, разработка задач, программы и плана исследования); 2) статистическое наблюдение (сбор материала для его последующей статистической обработки); 3) статистическая группировка и сводка материалов наблюдения: 4) первичная статистическая обработка данных; 5) научно-статистический анализ, графическое и литературное оформление результатов исследования. Несмотря на наличие этапов, медико-статистическое исследование представляет собой единое, органически связанное целое, в основе которого лежит целостный, системный подход к изучаемому объекту.

Объектом медико-статистического исследования являются массовые процессы, происходящие среди населения, в сферах оказания медпомощи и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, анализ которых позволяет вскрыть и охарактеризовать количественно закономерности и особенности здоровья населения в целом и составляющих его групп, развитие и течение болезней среди различных групп населения, деятельность органов и учреждений здравоохранения.

Основы медицинской статистики

Теоретические основы статистики. Основы доказательной медицины. Определение статистики. Содержание, задачи. Применение статистики в медико-биологических, медико-статистических и медико-социологических исследованиях.

Медицинская статистика, ее содержание, задачи. Организация медико-статистического исследования.

Организация клинических и экспериментальных исследований.

Выборочный метод исследования.

Вариационные ряды. Методы описательной статистики.

Параметрические и непараметрические методы и критерии оценки достоверности результатов статистического исследования. Методика расчета и особенности применения критерия Стьюдента (t), критерия соответствия (c2). Выбор критериев оценки различий для взаимосвязанных (сопряженных) совокупностей (критерий ТВилкоксона), независимых совокупностей (критерий Манна–Уитни, критерий Колмогорова–Смирнова), точный метод Фишера. Особенности их расчета при помощи прикладных компьютерных программ.

Корреляционный анализ. Метод ранговой корреляции. Метод квадратов.

Регрессионный анализ.

Динамические ряды и их анализ. Прогнозирование.

Дисперсионный анализ.

Принципы компьютерной обработки и анализа данных. Прикладные программы общего назначения. Виды. Редактирование данных, обработка табличных данных, обработка массивов информации.

Прикладные программы специального назначения. Statistica (от версии 6,0 и выше), SPSS. Характеристика. Особенности обработки данных.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

1. Дедов И.И. «Эндокринология», М.2019
2. Кеннеди Ли «Диагностика и лечение в эндокринологии: Проблемный подход», М.2010
3. Дедов И.И. Эндокринология: национальное руководство, М.2016
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению субклинического гипотиреоза у беременных женщин и детей. 2014. Европейская тиреоидологическая ассоциация. Перевод под редакцией проф.Исмаилова С.И. Ташкент – 2015. – 28с.
5. Адаптированные клинические рекомендации и алгоритмы по тиреоидной патологии и СД 2 типа в Республике Узбекистан. Под редакцией проф.Исмаилова С.И. Ташкент – 2015. – 96с.
6. Клиническое руководство по эндокринологии. Под редакцией Исмаилова С.И. Ташкент. 2018. – 984с.

Дополнительная:

1. Бабаев А. Р. «Руководство по внутренним болезням и эндокринологии с основами дифференциальной диагностики», М.2007
2. Белякова Н. А. Эндокринопатии и беременность [Текст] : учебное пособие / Н. А. Белякова, О. А. Васюткова, Е. В. Руденко, А. В. Ларева, М. Б. Лясникова ; Тверская гос.мед. акад. – Тверь, 2015. – 96 с.
3. Гадаев А. Г. «Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар туплами».: сборник, Т.2012
4. Аметов, А. С. Избранные лекции по эндокринологии / А.С. Аметов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 496 с.
5. ГарднерД.,Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Перевод с английского под редакцией член-корр. РАМН профессора Г.А.Мельниченко, 2016г.
6. Кеннеди Ли. «Диагностика и лечение в эндокринологии: Проблемный подход», М.2010
7. Дедов И.И. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин . 2019
8. Вопросы эндокринологии. - М.: Научно-исследовательский клнический институт им. М. Ф. Владимирского, 2016. - 224 с.
9. Блунк, В. Детская эндокринология / В. Блунк. - М.: Медицина, 2013. - 304 с.
10 Ванушко В. Э., Артемова А. М., Белоусов П. В. Редактор: Бэскин-старший Г. Джек, Дюик Дэниел С., Левин Роберт. Ультразвуковое исследование щитовидной железы. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.
11. Майкл Т. МакДермотт «Секреты эндокринологи», М.1998
12. Кэттайл Вильям М., Арки Рональд А. Перевод: Королева М. Г., Кучинская Е. В. Редактор: Наточин Юрий Викторович, Смирнов Н. А. Патофизиология эндокринной системы. Издательство: Бином, 2022 г.
13. Древаль А.В. Репродуктивная эндокринология. Руководство для врачей. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2023 г.

14. Мельниченко Г. А., Рожинская Л.Я. Доказательная эндокринология. Редактор: Камачо Паулин М., Гариб Хоссейн, Сайзмор Глен В. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2023 г.
15. Хохберг З. «Практические алгоритмы в детской эндокринологии». М.2004
16. Дедов И. И., Баркан А., Мельниченко Г. А. Основы клинической нейроэндокринологии. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2022 г.
17. Гарднер Дэвид, Шобек Долорес. Переводчик: Кандрор В. И., Старостина Е. Г., Иловайская И. А. Редактор: Мельниченко Г. А. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 2. Издательство: Бином, 2022 г.

Литература на английском языке

1. Helen E. Turner (ed.), Richard Eastell (ed.), Ashley Grossman (ed.) Oxford Desk Reference: Endocrinology Get access Arrow. 2018
2. J. Larry Jameson. Endocrinology (Sixth Edition), 2010
3. David O. Norris, James A. Carr An overview of chemical bioregulation in vertebrates (Sixth Edition), 2021
4. Mark A. Sperling. Overview and Principles of Pediatric Endocrinology (Fifth Edition), 2021
5. Peter C. Hindmarsh . Endocrine Diseases: Overview. International Encyclopedia of Public Health (Second Edition), 2017
6. Lynn Loriaux. Clinical Endocrinology. Williams Textbook of Endocrinology (Thirteenth Edition), 2016
7.Wass J. Owen K. Oxford Handbook of Endocrinology and Diabetes (Oxford Medical Handbooks) Flexibound – 28 Jul 2014
8. R. Thomas Zoeller. Neuroendocrine Regulation of Development, Growth and Metabolism – Thyroid. Handbook of Neuroendocrinology, 2012.
9. Franklyn F. BolanderJr., in Molecular Endocrinology (Third Edition), 2004

Электроннная библиотека

1. Андреева Е.Н., Григорян О.Р. Эндокринная гинекология: избранные семинары. 2023
2. Борнер С., Эйса С., перевод с английского под редакцией Абросимова А.Ю.Интерпретация биопсий щитовидной железы. 2020
3. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В. Эндокринная гинекология в таблицах и схемах для практикующих врачей, 2-е. 2020
4. Муртазин А.И. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник. 2021
5. Назиров Ф.Г., ГадаевА.Г.Умумийамалиёт врачи учункулланма. 2006

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ: «МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА»

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. М.: Практика 1999.
2. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – 3-е изд. – М.: Издательство Медиа Сфера, 2006. – 305 с.

3. Петри Авива , Сэбин Кэролайн Наглядная медицинская статистика; ГЭОТАР-Медиа - Москва, 2009. - 168 с

4. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 608 с.- У – 241 экз.

5. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник [Электронный ресурс] / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр, и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с.

6. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник [Электронный ресурс] / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. -3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с.

7. Амлаев К.Р. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / К.Р. Амлаев, Л.Н. Блинкова, Н.П. Гавриленко, Х.Т. Дахкильгова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 560 с.

8. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие [Электронный ресурс] / под ред. В.З. Кучеренко. -4 изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.

Билеты для квалификационных экзаменов
по специальности «эндокринология».

Билет №1

1. Акромегалия и гигантизм. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
2. Дифференциальная диагностика тиреотоксической фазы аутоиммунного тиреоидита и болезни Грейвса, принципы лечения
3. Гипогликемическая кома – клиника, диагностика и дифференциальная диагностика
4. Несахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика.
5. Медицинская статистика, ее содержание, задачи. Организация медико-статистического исследования.

Билет №2

1. Синдром гипотиреоза – классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца: особенности течения и подбор сахароснижающей терапии.
3. Крипторхизм – клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
4. Синдром неадекватной продукции АДГ. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
5. Организация клинических и экспериментальных исследований.

Билет №3

1. Гиперпролактинемический синдром. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Синдром «пустого турецкого седла». Этиология. Патогенез. Клиническая картина.
3. Сахарный диабет 1 типа – этиопатогенез, клиника, диагностика и принципы инсулинотерапии.
4. Остеопороз – этиопатогенез, классификация, факторы риска развития остеопороза, диагностика.
5. Этапы медико-статистического (клинико-статистического) исследования. Какие вопросы включает 1-й этап исследования. Организация исследования. Какие элементы включает план статистического наблюдения, программа исследования. (на примере своего исследования).

Билет №4

1. Клиническая и лабораторно-инструментальная диагностика заболеваний ГГС.
2. Диффузно-токсический зоб – этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечение.
3. Сахарный диабет и беременность –особенности течения и ведения больных сахарным диабетом во время беременности.
4. Синдром поликистозных яичников – этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
5. Виды медико- статистических наблюдений: по времени; по полноте охвата единиц наблюдений. Выборочный метод. Способы формирования статистической совокупности (методы отбора единиц наблюдений в выборочную совокупность) (на примере своего исследования).

Билет №5

1. Болезнь Иценко-Кушинга. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Диагностические пробы. Лечение.
2. Врожденная дисфункция коры надпочечников – этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Первичный гиперпаратиреоз – этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
4. Синдром Шерешевского-Тернера - этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Понятие о генеральной и выборочной совокупности. Какие 2 условия надо соблюдать, чтобы выборочная совокупность была представительна (репрезентативна) по отношению к генеральной совокупности Как определить необходимое число наблюдений для получения репрезентативной выборки при планировании научных исследований. (на примере своего исследования).

Билет №6

1. Большая дексаметазоновая проба. Показание к применению. Интерпретация результатов.
2. Первичный гиперкортицизм - этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Диабетическая кетоацидотическая кома – этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
4. Тиреотоксический криз - этиология, клиника, диагностика и лечение.

5. Группировка и сводка собранного материала. Статистические таблицы, используемые для статистической сводки материалов исследования: их структура; виды статистических таблиц. Основные правила составления таблиц. (на примере своего исследования).

Билет №7

1. Сахарный диабет 2 тип – этиопатогенез и принципы лечения.
2. Аутоиммунный тиреоидит - этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Гипокортицизм. Классификация. Лечение.
4. Аутоиммунный полигландулярный синдром I типа – компоненты, клиника, диагностика и лечение.
5. Абсолютные и относительные величины, возможности их использования при сравнении. Приведите примеры абсолютных и относительных величин Какие виды относительных величин используются в практике здравоохранения; назовите примеры Дайте определение показателей: экстенсивных иинтенсивных; в чем их принципиальное различие

Билет №8

1. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек – классификация, клиника, диагностика и лечение.
2. Аменорея – классификация, гипергонадотропная аменорея-этиология, патогенез.
3. Узловой нетоксический зоб - этиопатогенез, морфологическая характеристика, клиника, диагностика и лечение.
4. Пангипопитуитаризм-этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Дайте определение относительных показателей: наглядности и соотношения; для чего они предназначены. В чем сходство и разница интенсивного показателя и показателя соотношения. С какой целью применяются групповые интенсивные показатели, какова методика их расчета? Приведите примеры

Билет №9

1. Диабетическая ретинопатия-классификация, клиника, диагностика и принципы лечения.
2. Синдром Клайнфельтера-этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Острый гнойный тиреодит - этиология, клиника, диагностика и лечение.
4. Ожирение – классификация, диагностика, факторы риска.

5. Виды графического изображения. Какие виды графического изображения используются для отображения интенсивных показателей, экстенсивных, показателей соотношения и наглядности. При помощи какой диаграммы можно изобразить динамику явления за замкнутый цикл времени: за сутки, неделю, за год (помесячно, квартально).

Билет №10

1. Диабетическая автономная нейропатия– клинические формы, диагностика и принципы лечения.
2. Метаболический синдром – компоненты, факторы риска развития, диагностика и лечение.
3. Синдром «пустого турецкого седла». Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Особенности лечения сахарного диабета при оперативных вмешательствах.
5. Средние величины: понятие; в каких случаях вычисляется средняя величина признака. Примеры использования средних величин в медицине и здравоохранении. Какие 2 условия необходимо соблюдать при использовании средних величин. Как вычислить среднюю величину простым способом. Какие ещё параметры (кроме средней величины) характеризуют основную тенденцию вариационного ряда. Какие параметры характеризуют рассеянность вариационного ряда.

Билет №11

1. Острая надпочечниковая недостаточность – классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Аменорея – гипогонадотропнаяаменорея,этиология,патогенез.
3. Диабетическая стопа – клинические формы, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
4. Подострый тиреоидит - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Статистическая оценка достоверности результатов исследования. Когда необходимо использовать метод оценки достоверности показателей или средних величин?

Билет №12

1. Сахарный диабет 2 типа-диагностика и лечение.
2. Рак щитовидной железы - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Эндокринологические аспекты менопаузы - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
4. Первичный гиперальдостеронизм, клиника, диагностика, лечение.

5. Понятие о средней ошибке вычисленных показателей и средних величин. Назовите, от чего зависит величина ошибки. Что показывает доверительный коэффициент? Назовите примеры применения критерия достоверности “t” .

Билет №13

1. Пангипопитуитаризм - этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
2. Функциональная автономия щитовидной железы – этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Гестационный диабет – критерии диагностики и принипы лечения.
4. Гипопаратиреоз - этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
5. Анализ динамики явлений. Динамический ряд, показатели, характеризующие динамический ряд. Способы выравнивания динамического ряда. Для чего проводится?

Билет №14

1. Принципы инсулинотерпии при сахарном диабете 2 типа.
2. Мужское бесплодие – классификация, секреторное бесплодие.
3. Инсулинома – патогенез, клиника, диагностика и лечение.
4. Феохромоцитарный криз - этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
5. Для чего применяется стандартизация медико-статистических показателей. Что показывают стандартизованные показатели. Какие методы стандартизации Вы знаете?

Билет №15

1. Ожирение – классификация, факторы риска, клиника, диагностика и принципы лечения.
2. Гипогликемическая кома - клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
3. Йоддефицитные заболевания – этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение.
4. Гиперпролактинемическийгипогонадизм - клиника, диагностика , дифференциальная диагностика и лечение.
5. Как оцениваются стандартизованные показатели?

Билет №16

1. Остеопороз - этиопатогенез, классификация, факторы риска развития остеопороза, диагностика.

2. Диабетическая периферическая нейропатия – клиника, диагностика и принципы лечения.
3. Клинические «маски» гипотиреоза – этиопатогенез, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
4. Врожденная дисфункция коры надпочечников - этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Понятие о функциональной и корреляционной связи. Виды, характер и сила связи. Назовите статистические методы определения связи между явлениями. В каких пределах измеряется корреляционная зависимость.

Билет №17
1. Гормонально-неактивная аденома гипофиза - этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
2. Диабетическая кетоацидотическая кома - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
3. Первичный гипокортицизм - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
4. Синдром поликистозных яичников - этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
5. Параметрические и непараметрические методы и критерии оценки достоверности результатов статистического исследования. Методика расчета и особенности применения критерия Стьюдента (t), критерия соответствия (x2).

Билет №18
1. Аутоиммунный полигландуляный синдром II типа- компоненты, клиника, диагностика, лечение.
2. Особенности лечения сахарного диабета при оперативных вмешательствах.
3. Вторичный и третичный гипопаратиреоз – этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
4. Эндокринные аспекты возрастных изменений мужского организма – патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Выбор критериев оценки различий для взаимосвязанных (сопряженных) совокупностей (критерий ТВилкоксона), независимых совокупностей (критерий Манна–Уитни, критерий Колмогорова–Смирнова), точный метод Фишера.

Билет №19

1. Мужское бесплодие – классификация. Экскреторное и иммунное бесплодие.
2. Диабетическая нефропатия – классификация, клиника, диагностика и лечение.
3. Рак щитовидной железы. Классификация, клиника, диагностика , лечение.
4. Аменорея – нормогонадотропная аменорея.
5. Корреляционный анализ. Метод ранговой корреляции. Метод квадратов.

Билет №20
1. Соматотропная недостаточность - классификация, клиника, диагностика и лечение.
2. Синдром Иценко-Кушинга - этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
3. Гинекомастия - клиника, диагностика, лечение и профилактика.
4. Предоперационная подготовка больных с заболеваниями щитовдной железы.
5. Что такое мода, медиана, среднее арифметическое значение, стандартная ошибка?

Задачи по Эндокринологии:

1.Больная Л.,34 лет.предъявляет жалобы на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст.

Объективно: Рост - 168 см,масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1см. кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненный. Симптом Ортнера положительный. Вторичные половые признаки развиты соответствуют возрасту. Щитовидная железа не увеличена. Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагрузкой: натощак - 5.5 ммоль/л, через 2 часа - 7.5 ммоль/л.

Вопросы и задания:

A. Поставьте и обоснуйте диагноз.

B. Назначьте диету.

C. Рассчитайте энергетическую ценность, количественный и качественный состав пищи.

D. Определите принципы лечения.

2. Задача:

Больная Л., 40 лет, предъявляет жалобы - на головные боли, нарушение зрения, смену настроений, сонливость, периодическую гипертермию, жажду, повышенный аппетит, особенно во второй половине дня, чувство голода ночью,нарушения менструальной функции (опсоменорея). Указанные жалобы возникли 6 лет без видимых причин. С этого времени начала увеличиваться масса тела (с 76 до 112 кг в настоящее время при росте 168 см).

Объективно. Распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу. Отмечается пастозность лица, гирсутизм, жирная себорея, трофические нарушения кожи, мелкие розовые стрии на бедрах, животе, гиперпигментация шеи, локтей, лимфостаз нижних конечностей. АД-150/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: левая-на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая-в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены, акцент II над легочным стволом. Дыхание везикулярное, ослабленное. ЧДД - 24 в минуту с периодами апноэ. Живот увеличен в объеме, вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Щитовидная железа не пальпируется.

Дополнительные исследования: холестерин крови-8,8 ммоль/л, триглицериды - 2,8; 17- ОКС - 20 мкмоль/сут. Вопросы и задания:

A. Поставьте и обоснуйте диагноз.

B. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

C. Оцените результаты исследования триглицеридов и холестерина крови.

D. Оцените результаты исследования суточной экскреции 17-ОКС.

E. Определите, какие из нижеперечисленных средств показаны больной: а) сердечные гликозиды; б) диуретические средства; в) анорексигенные препараты; г) бигуаниды; д) тиреоидные гормоны; е) тиреотропин; ж) преднизолон; з) адипозин; и) витамины группы В; к) аскорбиновая кислота; л) ретинол; м) токоферола ацетат; н) гиполипидемические средства.

3. Больная 16 лет, предъявляет жалобы на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2-3 месяцев.

Из анамнеза известно, что избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев. При осмотре - рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ = 34,5 кг/м2, распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число - 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5); суточная экскреция свободного кортизола - 390 нмоль/с (№ до 120-400), ЛГ/ФСГ > 3,1. На рентгенограмме черепа в боковой проекции четко контурировано не увеличенное в размерах турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза выявлено - увеличение объемов яичников до 13,5 и 18,7 см³, гипоплазия тела матки 1 степени.

A. Какой предположительный диагноз у пациентки?

B. Какие осложнения основного заболевания у пациентки?

C. Перечислите лабораторные тесты, подтверждающие предполагаемый клинический диагноз?

4. Задача:

Поступила больная 36 лет, с жалобами на сердцебиение, плаксивость, плохой сон, потливость, чувство дрожания всего тела, похудение на 10 кг за месяц, пучеглазие. Заболела остро, после пневмонии сразу появились вышеперечисленные жалобы, с тех пор заболевание имеет тенденцию к прогрессированию.

Объективно: Больная правильного телосложения, пониженного питания, кожа горячая, влажная,эластичная. Щитовидная железа увеличена на глаз,при пальпации эластичная, подвижная, диффузная. Экзофтальм, положительные симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера. Легкие без патологии. Границы сердца не изменены. Тоны громкие ритмичные. Пульс-120 уд. в мин., АД 140/60 мм рт ст. Органы брюшной полости без патологии.

A. Предположительный диагноз.

B. План обследования и план лечения.

5. В клинику поступила больная 58 лет, с жалобами на появление отёков на лице и нижних конечностях, вялость. Слабость, утомляемость, частые головокружения, сжимающие боли в области сердца при физической нагрузке, проходящие после приёма нитроглицерина. Больная живёт в эндемической местности. С детства отмечает увеличение щитовидной железы. Регулярно принимает антиструмин. Год тому назад размеры щитовидной железы стали увеличиваться, стала прогрессировать слабость, появились отёки. Неоднократно обращалась к врачам, лечилась коронаролитиками, сердечными гликозидами, мочегонными препаратами. Эффекта не наблюдалось.

Объективно: Больная вялая, очень бледная, на вопросы отвечает медленно, речь скандированная. На коже лица и голеней отёк, ямка при надавливании не остаётся. Кожа рук толстая, грубая, холодная, пигментированная, в складку не собирается. Щитовидная железа при пальпации увеличенна, плотная, диффузная, подвижная. Органы дыхания без патологии. Сердце увеличено влево. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс-52 уд в мин, АД-100/60 мм рт ст. Язык утолщен с фасетками от зубов. Печень и селезёнка не увеличены.

А. Сформулируйте диагноз при данной клинике.

В. Наметьте план обследования для уточнения диагноза.

6. На приём к врачу в поликлинике обратилась больная 27 лет с жалобами на неопределенные боли в области сердца, одышку при физической нагрузке, раздражительность, плаксивость, плохой сон. Считает себя больной в течение года.

Объективно: Пониженного питания. Кожа влажная, не горячая. Больная суетлива, плаксива, мелкий тремор пальцев рук, быстрый розовый разлитой дермографизм. Тоны сердца ритмичны, ясны. Пульс- 90 уд в мин, отмечается изменение частоты пульса при смене положения тела, АД-100/65 мм рт ст. Отмечаются подъемы АД до 150/30 мм.рт. ст. после нервно-психических перегрузок. Щитовидная железа увеличена до II ст., диффузная, подвижная при пальпации. Глазных симптомов нет.

А. Наметить план для уточнения диагноза.

В. Предварительный диагноз.

С. Тактика лечения.

7. Больной,22 лет, в течение 8 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулинотерапию. В течение 2 недель появилась сухость во рту, жажда, пьет около 5 л воды за сутки, обильное мочеиспускание, выраженная слабость, тошнота. Сегодня дважды была рвота, появились боли в животе. Состояние средней тяжести, заторможен. Одышка в покое,ЧДД-26 в минуту. Запах ацетона изо рта. Кожа сухая, тургор снижен. Язык сухой. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 90 в минуту. АД-110/70 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, перкуторные размеры 15х12х10 см.

При обследовании выявлены:Гликемия – 18 ммоль/л, pH крови - 6,9. ОАМ: ацетон +++, глюкоза-40 г/л;ЭКГ: зубцы Т низкие, определяется зубец U.

А. Предварительный диагноз.

В. Ваша тактика обследования и лечения.

8. Больной ,75 лет, длительное время страдающий сахарным диабетом 2 типа, перенес острую кишечную инфекцию. В течение 5 дней сохранялась фебрильная температура, беспокоила рвота 1-2 раза в сутки, жидкий обильный стул до 5 раз в сутки. Получал антибактериальную терапию, стул и температура нормализовались, но состояние не улучшилось, появилась жажда, полиурия, слабость.

Объективно:Состояние тяжелое, заторможен, плохо ориентируется во времени и пространстве. Запаха ацетона нет. Кожа сухая, тургор резко снижен. Язык сухой. Тоны сердца ритмичные, глухие. Пульс нитевидный, 100 в минуту. АД-90/60 мм рт ст.

При обследовании выявлены:Сахар крови – 25 ммоль/л, осмолярность сыворотки - 350 мосм/л, pH - 7,6. В моче ацетона нет, сахар +++.

А .Какое осложнение развилось

В.Ваша тактика.

9. Обратилась женщина детородного возраста с жалобами на постоянные головные боли, усиливающие при подъёме артериального давления, жажду и полиурию. Эти явления наблюдаются в течение 2-х лет. Обращалась к гинекологу по поводу опсоменореи и олигоменореи, в связи с артериальной гипертонией врач посоветовала обратиться к кардиологу или участковому терапевту. При осмотре - красное лунообразное лицо, отложение жира на туловище и отсутствие его на ягодицах и конечностях. На коже акне,имеютсястрии багрово-красного цвета на боковых поверхностях грудной клетки, живота, внутренних поверхностях плеч и бедер.

А. Для какого заболевания характерен данный тип ожирения?

В. Объясните механизм вышеперечисленных симптомов (головная боль, АД, нарушение менструального цикла, жажда, полиурия, перераспределение подкожно-жировой клетчатки,

образование стрий)

С. Проведите алгоритм диагностики данного заболевания.

10. В кардиологическое отделение поступил молодой мужчина с жалобами на: приступы сильной головной боли пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, неприятными ощущениями в эпигастральной области или болями в сердце, онемением кончиков пальцев, нарушением зрения и чувством страха. Эти приступы длятся по 10-15 минут и заканчиваются выделением обильной светлой мочи. При измерении во время приступа А\Д высокое. Приступы появляются при резком сгибании туловища ,подъеме тяжести, эмоциональных реакциях. Лечился у невропатолога по поводу диэнцефального синдрома.

А. Какое эндокринное заболевание может сопровождаться кризовым подъемом АД?

В. Проведите диагностический алгоритм данного состояния.

С. Ваш предварительный диагноз?

11. Больной С., 21 год, предъявляет жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, периодическое сердцебиение. Недавно вернулся из армии. Служил

в стратегических войсках. За 2 года службы вырос на 18 см, опередив в росте всех сослуживцев.

Объективно: рост-209 см, вес-118 кг, телосложение правильное, пропорциональное. Обращают на себя внимание крупные черты лица, большие кисти рук и стопы. Кожа влажная, эластичная, язык большой. В легких везикулярное дыхание.Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, пульс-90 в минуту, АД-140/85 мм рт. ст.

Обследования: в общем анализе крови: Нв – 140 г/л, лейкоцитов – 69000, СОЭ – 18 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. СТГ - 11 (норма 0,5 – 5,0) нг/мл.Рентгенограмма кисти – зоны роста открыты.Консультация окулиста: сужение полей зрения.

A. Предварительный диагноз.

B. Дифференциальная диагностика.

C. Тактика лечения.

12. Обратился смуглый мужчина 27 лет. Из анамнеза - в течение 2-х лет склонность к затяжному течению простудных заболеваний, повышенную утомляемость во 2-й половине дня, особенно после физической нагрузки, головокружения при вставании с постели. Аппетит снижен. Похудел на 10 кг. На фоне общего потемнения кожных покровов появились белые пятна различной величины на лице, спине и конечностях. По поводу витилиго наблюдается у дерматолога. На слизистой полости рта и языке имеются темные пятна, пигментированы ладонные линии, шрамы, губы, ареолы и соски грудных желез, белая линия живота. АД снижено, при перемене положения тела (лежа и стоя) произошло снижение АД на 20-25 мм. рт. ст. Кистевой динамометр показал низкие цифры не соответствующие полу и возрасту.

A. Предварительный диагноз

B. Механизм развития пигментации, быстрой мышечной утомляемости, похудания и гипотонии.

C. Ожидаемый уровень гликемии, липидов, минералов и гормонов.

D. Какие гормональные исследования должны быть назначены?

13. Больная Н., 46 лет, поступила в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, ухудшение зрения, изменение внешности.

Из анамнеза: окружающие отмечают, что за последние несколько лет черты лица стали грубыми, сама больная заметила увеличение размера обуви с 36 на 39, кисти рук стали широкими. Головная боль беспокоит 4-5 лет, а в последние 2 года стала постоянной. Ухудшилось зрение.

При осмотре надбровные и скуловые дуги выступают, нижняя челюсть выступает вперёд. Нос увеличен, губы толстые. Язык увеличен. Кисти рук и стопы ног широкие, большие. Пульс ритмичный,75 ударов в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. В лёгких везикулярное дыхание. Печень выступает на 3 см из-под рёберного края. На рентгенограмме черепа: турецкое седло увеличено, спинка выпрямлена, истончена. При периметрии отмечается сужение полей зрения.

При обследовании : гликемическая кривая с нагрузкой глюкозой: натощак - 6,6; через 1 час -12,3; через 2 часа - 10 ммоль/л.

A. Поставьте предварительный диагноз.
B. Диагностика и тактика лечения.

14. Больной ,16 лет, обратился с жалобами на отставании в физическом развитии. Из анамнеза: родился нормальным ребёнком,вес при рождении -3500 г, рост - 50 см. Развивался соответственно возрасту до 4,5 лет. Перенес менингит, после чего отмечалось замедление в физическом развитии.

Объективно: телосложение правильное, пропорциональное, рост 120 см, кожа бледная, с желтоватым оттенком, сухая. Подкожная жировая клетчатка развита слабо, мышечная система развита недостаточно, оволосение на лобке и в подмышечных впадинах скудное. Аускультативно: тоны сердца ясные, пульс частотой 40 ударов в минуту, АД- 90/60 мм рт. ст. Мочеполовая система: половой член и тестикулы соответствуют возрасту 7-8 лет. Ребенок в школе учится хорошо, интеллект не нарушен.

A. Предварительный диагноз
B. Диагностика.
C. Тактика лечения.

15. Больной Ю., студент 17 лет, доставлен в приемный покой «Скорой помощью» в бессознательном состоянии. Со слов родственников, в последние дни предъявлял жалобы на резкую слабость, усталость, сонливость, потребление большого количества жидкости. К врачу не обращался. С утра отмечалась сильная слабость. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ.

Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Изо рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 120 в минуту. АД - 80\40 мм.рт.ст. Дыхание шумное, частое. ЧДД - 26 в минуту. При аускультации хрипы не выслушиваются. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень - по краю реберной дуги.

A. Предполагаемый диагноз.
B. Необходимые обследования.
C. Дифференциальная диагностика.
D. Определить характер неотложных мероприятий и дальнейшую тактику.

16. Больная Б., 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз). Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180\95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения, К врачу не обращалась.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица.

Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД - 190\115 мм рт.ст. Левая граница сердца - на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Дыхание везикулярное, хрипов нет.ЧДД - 16 в минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащенное. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

A. Установить предварительный диагноз.
B. Наметить план обследования.
C. Провести дифференциальную диагностику
D. Определить тактику лечения.

17. Больной Д., 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, при подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; сухость во рту, учащенное мочеиспускание (за ночь - 3-4 раза). Жажду и сухость во рту отмечает в течение последних 8 лет, внимания этому не придавал, к врачам не обращался. Одышка появилась полгода назад, интенсивность ее постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания: вес 92 кг при росте 168 см. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Левая граница сердца - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс - 84 в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвучных хрипов. ЧДД - 26 в минуту. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край плотно-эластичный, безболезненный. Стул не нарушен. Пульсация на артериях тыла стопы резко ослаблена.

A. Установить предварительный диагноз.
B. Наметить план дополнительного обследования.
C. Провести дифференциальную диагностику.
D. Определить тактику лечения.

18. Больная, 30 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, похудание. Больна в течение 5 лет, неоднократно обращалась к врачам, лечилась по поводу разных заболеваний , однако симптомы недостаточности кровообращения прогрессировали. Терапия сердечными гликозидами не эффективна.

Объективно: больная пониженного питания. Кожа влажная. Щитовидная железа несколько увеличена, диффузная, глазных симптомов нет. Сердце увеличено влево, митральная конфигурация. Первый тон на верхушке очень громкий, систолический шум с большой зоной иррадиации. Мерцательная аритмия с ЧСС- 120 в минуту. Дефицит пульса 30, АД -150/70 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов

нет. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, эластичная, мягкая, болезненная. На ногах небольшие отеки.

A. Сформулировать предварительный диагноз.
B. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
C. Наметить план обследования.
D. Тактика лечения.

19. Больная 35 лет, жалуется на похудание за месяц на 6 кг при сохраненном аппетите, сердцебиение, дрожь в теле, чувство жара, слабость, раздражительность, плохой сон. Кожа влажная, теплая, эластичная, тонкая. Волосы мягкие. Глазные щели расширены, мигание редкое. При взгляде вниз появляется белая полоска между верхним веком и радужкой. Нарушена конвергенция, веки пигментированные. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Определяется тремор пальцев рук. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 98 в минуту.

Данные ЭКГ – синусовая тахикардия, неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса.

A. Предварительный диагноз
B. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
C. Тактика лечения.

20. Больная 40 лет, жалуется на зябкость, слабость, снижение памяти и внимания, увеличение веса за 3 месяца на 5 кг, запоры. Лицо бледное, отечное, амимичное, увеличен в размерах язык (макроглоссия). Кожа сухая, грубая, волосы редкие, сухие. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС - 64 в минуту. Претибиальный отек голеней.

Биохимический анализ крови :холестерин - 8,5 ммоль/л, гемограмма – эритроциты – 3,5х1012/л млн., MCV – 89 фл., MCHC – 310 г/л, MCH – 29 пг. Титеотропный гормон (ТТГ) – 35 МЕ/л.

A. Предварительный диагноз
B. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
C. Тактика лечения.

ТЕСТЫ

Тестовые вопросы для квалификационных экзаменов по специальности «эндокринология».

1.Базофильные клетки гипофиза делятся на следующие виды.
1)тиреотрофы
2)соматотрофы
3)лактотрофы
4)гонадотрофы
5)кортикотрофы
А. 1+4+5* Б.1+2+5 В.2+3+5 Г.1+3+4 Д.1+2+4
2.В переднем гипоталамусе располагаются центры.
1) тепла и холода
2)теплоотдачи
3)центр сна
4)центр голода
5)центр насыщения
А.4+5* Б.1+5 В.2+3 Г.3+4 Д.1+3
3.К заболеваниям с установленным гипофизарным генезом не относятся.
1)синдром «пустого турецкого седла»
2)гипофизарный нанизм
3)синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля
4)синдром Симмондса-Шихана
5)синдром «изолированного гипофиза»
А.3+5 * Б.1+5 В.4+5 Г.2+3 Д.1+4
4.Проопиомеланокортин,вырабатывающийся в промежуточной доле гипофиза, расщепляется на следующие гормоны.
1)меланоцитостимулирующий гормон
2)АКТГ
3)меланин
4)кортизол
5)кортизон
А.2+3 * Б.1+5 В.4+5 Г.3+4 Д.1+2
5.При патологии выработки вазопрессина более информативными являются методы исследования.
1)определение гормонального статуса
2)определение уровня электролитов
3)клинический анализ крови
4)анализ мочи по Зимницкому
5)проба с ограничением жидкости
А.2+4+5* Б.1+2+5 В.1+4+5 Г.1+3+4 Д.1+2+4
6.Дефицит каких гормонов часто встречается при соматотропной недостаточности.
1)АКТГ,МСГ
2)АДГ,окситоцин

3)ФСГ,ЛГ
4)ТТГ
5)пролактина
А.3+4* Б.2+3 В.1+4 Г.3+5 Д.4+5
7.Что не характерно для изменений костной ткани при дефиците СТГ.
1)истончение костей
2)образование «кист» в плоских костях
3)задержка дифференцировки скелета
4)задержка окостенения скелета
5)утолщение костей
А.2+5* Б.3+4 В.4+5 Г.2+3 Д.1+2
8.Выберите подходящее звено патогенеза пангипопитуитаризма.
1)некроз
2)нарушение кровоснабжения
3)ангиоспазм
4)гипоксия
5)усиление кровотока
А.1+2+3+4* Б.1+2+3+5 В.1+2+4+5 Г.1+3+4+5 Д.2+3+4+5
9.Этиологические факторы развития акромегалии.
1)избыточное образование соматолиберина
2)недостаточная секреция соматостатина
3)эозинофильная аденома гипофиза
4)уменьшение образования соматомединов
5) уменьшение активности соматомединов
А.1+2+3* Б.1+4+3 В.2+3+5 Г.1+3+5 Д.3+4+5
10.Почему при БИК избыточная продукция АКТГ не подавляется высокой концентрацией кортизола.
1)нарушается механизм «-« обратной связи
2)понижается порог чувствительности гипофиза к кортизолу
3)повышается порог чувствительности гипофиза к кортизолу
4) нарушается механизм «+»обратной связи
5) нарушается механизм прямой связи
А.1+3* Б.1+2 В.2+5 Г.4+5 Д.1+3+5
11.Найдите нарушение секреции инсулина при СД 2 типа.
1)нарушение синтеза инсулина
2)выпадение быстрой фазы секреции инсулина
3) выпадение медленной фазы секреции инсулина
4)секреция не полноценного проинсулина
5)дефицит выработки инсулина на 80-90%
А.2+4* Б.1+3 В.4+5 Г.1+2 Д.1+4
12.Для дифференциальной диагностики типов диабета целесообразно использовать определение.
1)уровня гликемии не менее 3 раз натощак
2)глюкозурии
3)уровня С-пептида в крови
4)уровня гликированного гемоглобина

5)уровня инсулина в крови
А.3+5* Б.2+3 В.4+5 Г.2+5 Д.1+4
13.Секреция инсулина у здорового человека подразделяется на.
1)суточная
2)почасовая
3)пищевая
4)базисная
5)базальная
А.3+5* Б.1+2 В.2+3 Г.4+5 Д.1+5
14.В настоящее время используют 2 схемы инсулинотерапии.
1)традиционная
2)монотерапия
3)альтернативная
4)свободная
5)интенсивная
А.1+5* Б.2+3 В.1+4 Г.2+4 Д.3+5
15.Показания к интенсивной терапии не являются.
1)беременность при СД 1 типа
2)СД 1 типа
3)СД 2 типа
4)легкая форма гестационного диабета
5)СД 2 типа у пожилых лиц
А.3+4+5 * Б.1+2+3 В.1+3+5 Г.1+4+5 Д.2+3+5
16.Главные звенья патогенеза диабетической ретинопатии.
1)микроангиопатия сетчатки
2)снижение остроты зрения
3)прогрессирующая гипоксия с пролиферацией
4)демиелинизация
5)клеточный ацидоз
А.1+3* Б.1+4 В.2+3 Г.3+4 Д.4+5
17.Развитие диабетической нефропатии напрямую связано с.
1)частыми гипогликемиями
2)хронической гипергликемией
3)артериальной гипертензией
4)протеинурией
5)наличием пиелонефрита
А.2+3* Б.1+2 В.2+5 Г.3+4 Д.4+5
18.Перечислите гипотензивные препараты с нефропротективным действием.
1)атенолол
2)верапамил
3)клофелин
4)эналаприл
5)теразозин
А.2+4* Б.1+2 В.2+3 Г.2+5 Д.1+5
19.Особенности клиники ИБС при сахарном диабете.
1)безболевая ишемия

2)доброкачественное течение
3)частые постинфарктные осложнения
4)начало в молодом возрасте
5)начало в пожилом возрасте
А.1+3+4* Б.1+2+3 В.2+3+4 Г.1+3+5 Д.2+3+5
20.Назовите 2 наиболее часто встречающиеся формы инфаркта миокарда при сахарном диабете.
1)кардиогенный шок
2)безболевая форма
3)астматическая форма
4)абдоминальная форма
5)аритмическая форма
А.2+4* Б.1+2 В.2+3 Г.1+3 Д.2+5
21.Найдите 3 основные формы диабетической стопы.
1)невропатическая
2)нейроишемическая
3)ишемическая
4)сустав Шарко
5)остеопоротическая форма
А.1+2+3* Б.1+4+5 В.1+2+5 Г.1+3+4 Д.1+3+5
22.Особенности клиники невропатической формы диабетической стопы.
1)развитие сустава Шарко
2)цианоз кожи
3)отсутствие пульсации на артериях стоп
4)теплые стопы
5)холодные стопы
А.1+4* Б.2+3 В.3+4 Г.1+3 Д.2+5
23.Какие субстраты не проникают через плацентарный барьер от матери к ребенку.
1)глюкоза
2)аминокислоты
3)инсулин
4)кетоновые тела
5)глюкагон
А.3+5* Б.1+3 В.1+4 Г.2+3 Д.2+5
24**.** Недостаток каких регуляторных механизмов ухудшает течение гипогликемии при сахарном диабете.
1)запаздывание выброса катехоламинов
2)быстрое реагирование коры надпочечников
3)дефицит гликогена в печени
4)относительный дефицит глюкагона
А.1+4* Б.2+4 В.1+5 Г.3+4 Д.2+5
25.Найдите адренергические симптомы гипогликемии.
1)мидриаз
2)головная боль
3)амнезия

4)дрожь
5)страх
А.1+4* Б.1+2 В.2+4 Г.3+4 Д.2+5
26.Особенности течения гестационного сахарного диабета.
1)скрытое течение до беременности
2)потребность в инсулинотерапии
3)манифестация во время беременности
4)нет потребности в инсулинотерапии
5)проходит после родов
А.3+5* Б.1+3 В.1+4 Г.2+3 Д.2+5
27.Согласно консенсусу ADA/EASD,2012 года комбинация каких препаратов допускается.
1)метформин +тиазолиндиндион
2)ПСМ+инсулин
3)метформин+инсулин (обычно базальный)
4)ПСМ+тиазолидиндион
5)ингибиторы ДПП-4+Агонист рецептора ГПП-1
А.1+3+4* Б.1+2+5 В.2+4+5 Г.1+2+5 Д.1+2+4
28. Согласно консенсусу ADA/EASD,2012 года комбинация каких препаратов допускается.
1)метформин + ингибиторы ДПП-4
2)ПСМ+инсулин
3)метформин+ Агонист рецептора ГПП-1
4)ПСМ+тиазолидиндион
5)ингибиторы ДПП-4+Агонист рецептора ГПП-1
А.1+3+4* Б.1+2+3 В.3+4+5 Г.1+2+5 Д.2+3+4
29.Полиурия при гипергликемии связана со следующими механизмами.
1)торможение центра насыщения в гипоталамусе
2)осмотический диурез при превышении почечного порога для глюкозы
3)раздражение осморецепторов гипоталамуса
4)торможение секреции вазопрессина
5)привычка в потреблении воды в большом количестве
А.2+3* Б.1+3 В.3+4 Г.2+4 Д.3+5
30.Какие клетки не являются инсулинзависимыми.
1)миоциты
2)эритроциты
3)адипоциты
4)клетки почек
5)клетки печени
А.2+4* Б.1+3 В.2+3 Г.3+4 Д.3+5
31.Какие электролитные нарушения имеются в патогенезе первичного гиперальдостеронизма.
1)гипернатриемия с гиперволемией
2)гипокалиемия
3)гипохлоремия с развитием алкалоза
4)гипокалиемия с метаболическим ацидозом

5)гипернатриемия
А.1+2+3* Б.2+4+5 В.3+4+5 Г.1+2+4 Д.1+3+5
32.Генерализованная миопатия при Аддисоновой болезни является следствием.
1)обеднение мышц гликогеном
2)нарушение обмена калия и натрия
3)артериальной гипотензии
4)циркуляторной гипоксии
5)миоплегии
А.1+2* Б.2+4 В.1+5 Г.3+5 Д.4+5
33.Характерные изменения на ЭКГ при острой надпочечниковой недостаточности.
1)депрессия сегмента ST
2)»шпилеобразный» зубец Т
3)двухфазный зубец Т
4)укорочение интервала Q-T
5) сужение зубца Р
А.1+2+4* Б.2+4+5 В.1+3+5 Г.3+4+5 Д.1+4+5
34.Основные функции кортикоидов заключаются в следующем.
1)задержка натрия и поддержание осмолярности плазмы
2)влияние на либидо
3)влияние на углеводный обмен
4)адаптация организма к стрессовым воздействиям
5)через них опосредованно влияют на организм катехоламины
А.1+4* Б.1+2 В.3+4 Г.4+5 Д.2+3
35.Какие состояния усиливают секрецию альдостерона
1)гипонатриемия
2)уменьшение ОЦК
3)гиперкалиемия
4)гипернатриемия
5)гипокалиемия
А.1+2+3* Б.2+3+4 В.3+4+5 Г.2+4+5 Д.1+3+4
36.Основные характеристики синдрома Лиддла (псевдогиперальдестеронизм)
1)АГ с детства
2)гипокалиемия
3)гиперкалиемия
4)снижение ренина и альдостерона
5)снижение ренина и повышение альдостерона
А.1+2+4 * Б.2+3+5 В.1+2+3 Г.3+4+5 Д.2+4+5
37.Основные признаки синдрома Бартера (вторичный гиперальдестеронизм).
1)выраженная слабость
2)полиурия
3)отечный синдром
4)скрытая АГ
5)парезы
А.1+2 * Б.2+3 В.3+4 Г.2+4 Д.1+4
38.К каким рецепторам имеет сродство адреналин.

1)к альфа-адреномиметикам
2)к альфа-адреноблокаторам и бета-адреноблокаторам
3)к бета-адреномиметикам
4)к холиномиметикам
5)к холинолитикам
А.1+3* Б.1+2 В.3+5 Г.2+4 Д.1+5
39.Вторичные изменения ,связанные с нарушением обмена веществ при феохромоцитоме.
1)нарушение толерантности к глюкозе
2)гипогликемические состояния
3)симптоматический гиперальдостеронизм
4)развитие компенсаторного синдрома Нельсона
5)увеличение массы тела
А. 1+3* Б.2+4 В.2+3 Г.3+5 Д.1+5
40.Классическая клиника феохромоцитомы.
1)гипертонические кризы
2)отсутствие головных болей
3)мягкая артериальная гипертензия
4)тахикардия
5)потливость
А.1+4+5* Б.1+2+3 В.3+4+5 Г.1+2+4 Д.1+2+5
41.Щитовидная железа кровоснабжается:
1) Верхними тиреоидными артериями
2) Средними тиреоидными артериями
3) Нижними тиреоидными артериями
4) Передними тиреоидными артериями
5) Задними тиреоидными артериями
А) 1+3 * Б)1+4 В) 1+5 Г) 3+5 Д) 4+5

42.Щитовидная железа иннервируется:
1) Холинемимическими нервными волокнами
2) Адренергическими нервными волокнами
3) Адреномимическими нервными волокнами
4) Холинэргическими нервными волокнами
5) Дофаминэргическими нервными волокнами
А)2+4* Б) 1+2 В) 4+5 Г)1+4

43.Назовите 3 источника поступления йода:
1) поступление с пищей
2) йодирование тирозина
3) дейодинация Т3 и Т4 в тканях
4) реверсия Т3 в Т4
5) « утечка» йода из щитовидной железы
А) 1+3+5* Б) 1+2+4 В) 2+3+4 Г) 3+4+5 Д) 1+4+5

44.С какими белками тироксин связывается в крови:

1)с альбумином
2) с тироксинсвязывающим глобулином
3) с тиронинглобулином
4) с тироксинсвязывающим преальбумином (транстиреином)
5) с тирозиносвобождающим глобулином
А)1+2+4* Б) 2+3+5 В) 1+3+4 Г) 3+4+5 Д) 1+3+5

45.Назовите основные клинические отличия первичного гипотиреоза от вторичного:
1) отсутствие ожирения
2) отсутствие анемии
3) отсутствие полисерозита
4) отсутствие снижения памяти
5) отсутствие нарушения менструальной функции
А) 1+3* Б)2+4 В) 3+4 Г) 2+5 Д) 3+4

46.Задержка мочи при гипотиреоидной коме обусловлена:
1) гипонатриемией
2) гипоперфузией почек
3) ишемией почек
4) задержкой жидкости в тканях
5) неадекватной продукцией АДГ
А) 2+5* Б) 1+3 В) 2+3 Г) 3+4 Д) 1+5

47.Объясните, почему заболевания с различным патогенезом, клиникой и лечением, объединены в понятие « узловой зоб»:
1) наличие узла- часто единственное клиническое проявление
2) наличие одинаковых факторов риска
3) затруднение диагностики физическими методами
4) необходимость УЗ-диагностики для постановки диагноза
5) необходимость пункционной биопсии для верификации диагноза
А) 2+4+5* Б) 1+2+3 В) 3+4+5 Г)1+3+5 Д) 1+4+5

48.УЗ- исследование не позволяет дифференцировать кисту щитовидной железы от:
1) цистаденомы
2) коллоидного зоба
3) цистаденокарциномы
4) фолликулярной аденомы
5) срединной кисты шеи
А) 1+3* Б) 1+4 В) 1+5 Г) 2+4 Д) 4+5

49.Оперативное лечение узлового зоба показано при:
1) размере узла от 10 мм в диаметре
2) быстром росте узла
3) увеличении лимфоузлов

4) наличии плотной капсулы
5) парезе голосовых связок
А) 2+3+5* Б) 1+2+3 В) 2+3+4 Г) 3+4+5 Д) 1+4+5

50.Подозрение на малигнизацию узла возникает при наличии:
1) аденомы щитовидной железы у близких родственников
2) плотного узла
3) неподвижного узла
4) увеличении лимфоузлов
5) многоузлового зоба
А)2+3+4* Б) 1+4+5 В) 3+4+5 Г)3+4+5 Д)1+3+5

51.Катаболический синдром при тиреотоксикозе проявляется:
1) тахикардией
2) прогрессивным похуданием
3) офтальмопатией
4) остеопорозом
5) проксимальной миопатией
А) 2+4+5* Б) 1+2+4 В) 2+3+4 Г) 1+4+5 Д) 1+2+3

52.Оперативное лечение показано пациентам с подтвержденным диагнозом:
1) фолликулярная аденома
2) ложный узел при АИТ
3) киста щитовидной железы диаметром до 3 см
4) коллоидный пролиферирующий зоб с быстрым ростом
5) эндемический зоб 3-4 степени
А) 1+4+5* Б) 3+4+5 В) 1+2+5 Г)1+3+4 Д) 2+4+5

53.Симптомами поражения ЦНС при тиреотоксикозе являются:
1) повышенная возбудимость
2) заторможенность
3) тремор
4) мышечная слабость
5) суетливость, плаксивость
А) 1+3+5* Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

54.Заболевания в ряде случаев сопутствующие ДТЗ:
1) гипогонадизм
2) эндокринная офтальмопатия
3) претибиальная микседема
4) нарушение толерантности к глюкозе
5) акропатия
А) 2+3+5* Б) 1+3+5 В) 2+3+4 Г) 3+4+5 Д) 1+3+4

55. Признаками относительной надпочечниковой недостаточности при тиреотоксикоза могут быть:
1) симптом Еллинека
2) артериальная гипотензия
3) симптом Мари
4) тахикардия
5) симптом Грефе
А) 1+2* Б) 3+4 В) 4+5 Г) 2+4 Д) 2+5

56.Патогенез сердечной недостаточности при ДТЗ обусловлен:
1) вальвулопатией
2) перегрузкой миокарда в результате нарушения гемодинамики
3) развития мерцательной аритмии
4) снижения сократительной способности миокарда
5) снижением чувствительности миокарда к катехоламинам
А) 2+3+4* Б) 1+2+5 В) 1+3+5 Г) 2+3+5 Д) 3+4+5

57.Гипертрофическая форма АИТ включает следующие формы:
1) диффузную
2) диффузно-узловую
3) Узловую
4) атрофическую
5) смешанную
А) 1+2+3* Б) 2+4+5 В) 1+2+5 Г) 2+3+4 Д) 3+4+5

58.Триада Горнера при запущенном раке щитовидной железы:
1) экзофтальм
2) птоз
3) мидриаз
4) миоз
5) энофтальм
А) 2+4+5* Б) 1+2+4 В) 3+4+5 Г) 1+3+4 Д) 2+3+4

59.Обязательная диагностическая процедура при узловом образовании более 1 см в диаметре, при онкологической настороженности:
1) пункционная биопсия
2) сцинтиграфия щитовидной железы
3) определение кальцитонина
4) рефлексометрия
5) определение ТТГ, Т3 и Т4
А) 1+2+3* Б) 3+4+5 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 1+2+4

60.Лечение рака щитовидной железы включает:
1) хирургическое лечение
2) цитостатики
3) аблятивнаярадиойодтерапия

4) тиреостатические препараты
5) лазеротерапию
А)1+2+3* Б) 3+4+5 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 1+2+4

61.Патогномоничными симптомами при гипопаратиреозе являются:
1) симптом Труссо
2) симптом Хвостека
3) симптом Костенко
4) симптом Вертера
5) симптом Вайса
А) 1+2+5* Б) 2+3+4 В) 3+4+5 Г) 1+2+4 Д) 2+3+5

62.Костная денситометрия позволяет оценить:
1) динамику плотности кости при остеопорозе
2) потерю костной массы на 20-30%
3) потерю костной массы на 2-3 %
4) наличие скрытых компрессионных переломов
5)насыщенность костной ткани минеральными солями в организме
А) 1+3+5* Б) 3+4+5 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

63.К синдрому вторичного гиперпаратиреоза относится:
1) синдром Олбрайта- Фанкони
2) болезнь Педжета
3) синдром Сипла
4) синдром Вернера
5) миеломная болезнь
А) 1+2+5* Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

64.Какие трофические изменения часто встречаются при гипопаратиреозе:
1) нарушение роста волос и ногтей
2) дефекты зубной эмали
3) сухость кожи
4) снижение памяти
5) остеосклероз
А) 1+2+3* Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

65.Рентгенологические изменения в костях, характерные для псевдогипопаратиреоза:
1) утолщение костей свода черепа
2) укорочение 4 и 5 плюсневых костей
3) уменьшение размеров турецкого седла
4) субпериостальная резорбция концевых фаланг пальцев
5) кальцификация базальных ганглиев
А) 1+2+5* Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

66. В основе развития тиреотоксического криза лежат следующие патофизиологические процессы:
1) Острый гипокортицизм
2) Повышение метаболизма, теплопродукции,
3) Повышение содержания тиреоидных гормонов в крови
4) Назначение больным препаратов производных имидазола
5) увеличение активности катехоламинов
А) 1+2+3+5* Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 3+4+5

67.Что из ниже перечисленного верно в отношении ТТГ?
1) Является гликопротеидом
2) Имеют идентичную с ФСГ по строению пептидную цепь (альфа-цепь)
3) Находится под ингибирующим влиянием Т3 и Т4
4) Синтезируется в нейрогипофизе
5) является аминокислотой
А) 1+2+3*Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

68.Причины развития гипотироза:
1) Хронический аутоиммунный тиреоидит
2) Лечение ДТЗ радиоактивным йодом
3) Синдром Шихана
4) Лучевая терапия шейной лимфомы
5) острый тиреоидит
А) 1+2+3*Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

69. Эндокринная офтальмопатия характеризуется:
1) Ощущением «песка» в глазах
2) Диплопией
3) Экзофтальмом
4) Анизокорией
5) Энофтальм
А) 1+2+3*Б) 2+4+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5
70. Для синдрома тиреотоксикоза характерны:
1) Мерцательная аритмия
2) Постоянная тахикардия
3) Потливость и гипертермия
4) Потливость и гипотермия
5) Сонливость
А) 1+2+3*Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5
71. Клиническими проявлениями гипотироза являются:
1) Маскообразное лицо
2) Гипотермия
3) Брадикардия и гипотония
4) Диплопия
5) Тахикардия
А) 1+2+3*Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

72.Опрос больных с заболеваниями яичников включает в себя:
1) время наступления менархе
2) социальное положение и условия труда
3) продолжительность менструального цикла
4) наличие нарушений менструального цикла
5) наличие бесплодия у мужа
А) 1+3+4*Б) 2+3+4 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

73.Что включает в себя осмотр больных с заболеваниями яичников:
1) Оценка вторичных половых признаков
2) оценка роста и массы тела
3) оценка наличия симптома «зрачка»
4) тип телосложения
5) определение ректальной температуры
А) 1+2+4 Б) 1+3+5 В) 2+3+4 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

74.К лабораторным методам исследования больных с заболеваниями яичников относятся:
1) исследование надпочечниковых гормонов
2) исследование гонадотропинов
3) исследование пролактина
4) исследование синдрома арборизации
5) исследование хорионического гонадотропина
А) 1+2+3* Б) 1+3+4 В) 2+3+4 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

75.Выберите соответствие вирильному типу телосложения:
1) низкий рост
2) короткие руки и ноги
3) узкие плечи
4) высокий рост
5) длинное туловище
А) 1+2+5* Б) 1+3+4 В) 2+3+4 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

76.Поражения яичников , приводящие к гипергонадотропной аменореи:
1) кровоизлияние в гипофиз
2) облучение
3) опухоли гипофиза
4) химиотерапия
5) воспаление
А) 2+4+5* Б) 1+3+4 В) 2+3+4 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

77.Генетические нарушения приводящие к гипергонадотропной аменорее:
1) ложный женский гермафродитизм
2) синдром дисгенезии гонад

3) истинный гермафродитизм
4) чистая агенезия гонад
5) тестикулярная феминизация
А) 2+3+4* Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

78.К маточному фактору бесплодия относится:
1) леомиома
2) аномалии строения матки
3) инфекционные заболевания
4) внутриматочные синехии
5) эндометриоз
А) 1+2+4* Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

79.Этиологическими факторами развития синдрома Ашермана являются:
1) последствия воспалительного процесса
2) лучевое облучение
3) внутриматочные синехии
4) последствия гнойного эндометрита
5) кровоизлияния в матке
А) 1+3+5* Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

80.Этиологические факторы приводящие к психогенной вторичной аменорее:
1) эмоциональное переживание
2) психический стресс
3) булимия
4) неблагоприятные воздействия окружающей среды
5) печеночные заболевания
А)1+2+4* Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

81.Клинические проявления характерные для синдрома Калмана:
1) недоразвитие молочных желез
2) выраженная гиперандрогения
3) евнухоидный тип телосложения
4) умеренное развитие молочных желез
5) первичная аменорея
А) 3+4+5* Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

82.Назовите 3 этапа климактерического периода:
1) пременопауза
2) переменопауза
3) менопауза
4) постменопауза
5) предменопауза
А) 1+3+4*Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5
83.Укажите патогенетические факторы развития менопаузы:

1) уменьшения количества рецепторов к гонадотропинам
2) уменьшение ингибинов, подавляющих секрецию ФСГ
3) начальное понижение уровня гонадотропинов
4) дефицит эндогенных опиоидов
5) избыток эндогенных опиоидов
А) 1+2+4*Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

84.Чем обусловлена патология мочевыводящих путей у женщин в климактерическом периоде:
1) атрофические изменения эпителия уретры
2) атрофические изменения эпителия мочевого пузыря
3) снижение иммунного статуса
4) снижение эластических структур, поддерживающих матку
5) рецидивирующие инфекционные процессы
А) 1+2+4* Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

85.Чем может быть обусловлено нарушение овуляции:
1) нарушением созревания фолликула
2) избыточной продукцией эстрогенов жировой тканью
3) нарушением роста фолликула
4) отсутствием разрыва фолликула
5) нарушением секреции релизинг-гормона
А) 1+3+4*Б) 1+2+3 В) 2+4+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5

86. Критические периоды жизни женщины, совпадающие с началом СПЯ:
1) становление менструальной функции
2) затухание репродуктивной функции
3) предклимактерический период
4) начало половой жизни
5) беременность
А) 1+4+5*Б) 1+3+4 В) 1+2+3 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5

87. Какие клинические проявления относятся к андрогенной дерматопатии:
1) жировая себорея
2) гирсутизм
3) стрии
4) акне
5) пигментные пятна
А)1+2+4*Б) 2+3+4 В) 1+2+3 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5

88. Какую функцию выполняют яички:
1) репродуктивную
2) барьерную
3) эндокринную
4) иммунную
5) экскреторную
А) 1+3* Б) 1+2+5 В) 2+4+5 Г) 3+4+5 Д) 2+3+4

89. Какие гормоны необходимы для сперматогенеза:
1) Тестостерон
2) прогестерон
3) пролактин

4) ФСГ
5)эстрогены
А) 1+3+4*Б) 1+2+5 В) 2+4+5 Г) 3+4+5 Д) 2+3+4
90. Какие вещества тормозят секрецию ФСГ:
1) Эстрогены
2) ингибин вырабатываемый клетками Сертоли
3) большие дозы андрогенов
4) прогестерон
5) тироксин
А) 1+2+3*Б) 1+2+5 В) 2+3+5 Г) 3+4+5 Д) 2+3+4
91.Что входит в физические методы исследования больных с нарушением функции яичек:
1) УЗИ органов малого таза
2) Биохимические анализы крови и мочи
3) Выявление характера развитие скелета
4) Осмотр половых органов
5) Характер распределения жировой клетчатки
А) 3+4+5* Б) 1+2+3 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
92. От чего зависит развитие клинических симптомов гипогонадизма у мужчин:
1) От эффективности работы APUD-системы
2) От степени недостаточности половых гормонов
3) От возраста в котором возникло заболевание
4) От количества рецепторов чувствительных к андрогенам
5) От сопутствующей патологии
А) 2+3+4* Б) 1+2+3 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
93. Причиной каких осложнений может явиться крипторхизм:
1) опухоль
2) Нарушение гормональной функции яичек
3) нарушение репродуктивной функции яичек
4) недостаточность умственного развития
5) отставание в физическом развитии
А) 1+2+3* Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
94. Какие патологические состояния относятся к первичному врожденному гипогонадизму:
1) Крипторхизм
2) Синдром Каллмана
3) Анорхизм
4) синдром Клайнфелтера
5)опухоли яичек
А) 1+3+4* Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
95. Какие патологические состояния относятся к вторичному врожденному гипогонадизму:
1) с-м Каллмана
2) С-м Клайнфелтера
3) с-м Мэддока

4) с-м Паскуалини
5) опухоли яичек
А) 1+3+4* Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
96. Характерные признаки для синдрома Клайнфелтера:
1) андроидный тип телосложения
2) евнухоидный тип телосложения
3) гинекомастия
4) азооспермия
5) астеноспермия
А) 2+3+4*Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
97. Характерные признаки для синдрома Мэддока:
1) евнухоидный тип телосложения
2) гинекомастия
3) мышечная слабость
4) признаки преждевременного старения
5) тернероидный тип телосложения
А) 1+3+4*Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
98. Перечислите возможные причины секреторного бесплодия:
1) с-м Клайнфелтера
2) аплазия яичек
3) врожденная обструкция семявыносящих путей
4) иммунологическая несовместимость
5) опухоли яичек
А) 1+2+5*Б) 1+2+4 В) 3+4+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
99.При каких заболеваниях уровень тестостерона на 10-15% ниже чем у здоровых мужчин:
1) ИБС
2) аллергические реакции
3) артериальная гипертензия
4) СД
5) инфекции
А) 1+3+4*Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
100.Возможные психоэмоциональные расстройства при мужском климаксе:
1) чувство жара
2) головокружение
3) повышенная раздражительность
4) быстрая утомляемость
5) бессонница
А) 3+4+5*Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
101.Назовите синонимы аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа:
1) кандидо-полиэндокринный синдром
2) синдром Шмидта
3) MEDAC
4) APECED
5) синдром Карпентера

А) 1+3+4*Б)1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
102.Характерные признаки для АПС 1 типа:
1) чаще встречается у женщин
2) чаще встречается у мужчин
3) дебютирует в детском возрасте
4) надпочечниковая недостаточность встречается в 70-100%
5) чаще у пожилых
А) 2+3+4* Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
103. Характерные признаки для АПС 2 типа:
1) чаще встречается у женщин
2) чаще встречается у мужчин
3) дебютирует в детском возрасте
4) надпочечниковая недостаточность встречается в 80-100%
5) манифестирует в среднем возрасте
А)1+4+5* Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
104.В синдром Карпентера входит:
1) слизисто-кожный кандидоз
2) СД типа 1
3) надпочечниковая недостаточность
4) АИТ
5) гипопаратиреоз
А) 2+3+4* Б) 1+2+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
105.Назовите не эндокринные заболевания встречающиеся при АПС:
1) хроническая эмфизема
2) пернициозная анемия
3) пиелонефрит
4) витилиго
5) очаговая пневмония
А) 1+2+4*Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
106.Синдром множественных эндокринных неоплазий это:
1) группа аутосомно-доминантно наследуемых синдромов
2) группа аутосомно- рецессивно наследуемых синдромов
3) развитие опухолей желез внутренней секреции
4) опухоли имеют одинаковое эмбриональное происхождение
5) опухоли имеют различное эмбриональное происхождение
А) 1+3+4* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
107. Синдром Вернера (МЭН 1) включает:
1) опухоли паращитовидных желез
2) феохромоцитома
3) островково-клеточные опухоли
4) опухоли гипофиза
5) Невриномы
А) 1+3+4* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
108. Синдром Горлина (МЭН-2В) может включать:
А) опухоли паращитовидных желез
Б) феохромоцитома

В) островково-клеточные опухоли
Г) медуллярный рак щитовидной железы
Д) Невриномы
А) 2+4+5*Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5
109.Какие островково-клеточные опухоли наиболее чаще встречаются при МЭН 1:
1) випома
2) Гастринома
3) инсулинома
4) глюкогонома
5) карциноид
А) 2+3+4* Б) 1+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
110. Лабораторные исследования при МЭН-2
1) определение кальцитонина
2) экскреция с мочой ванилилминдальной кислоты
3) Кальций в крови
4) ОАК
5) ОАМ
А) 1+2+3* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
111.К эндокринному ожирению относится:
1) гипотиреоидное
2) гипоовариальное
3) гипопаратиреоидное
4) при заболеваниях надпочечников
5) при опухолях
А) 1+2+4* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
112.К симптоматическому ожирению относится:
1) гиноидное
2) андроидное
3) церебральное
4) эндокринное
5) с установленным генетическим дефектом
А) 3+4+5* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
113.Выберите правильный ответ согласно классификации степени повышения массы тела по ВОЗ:
1) 1степень - ИМТ 30-34.9
2) 2 степень - ИМТ 25-29.9
3) 3 степень – ИМТ более 40
4) 2 степень – ИМТ 35-39.9
5) 1 степень – ИМТ 18.5-24.9
А) 1+3+4* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
114.Наиболее часто сопутствующие заболевания ожирению:
1) ИБС
2) СД
3) АГ
4) пиелонефрит

5) гастрит
А) 1+2+3* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
115.Медикаментозное лечение ожирения:
1) препараты действующие на регуляцию голода и насыщения
2) препараты блокирующие всасывание пищевого жира
3) препараты усиливающие липолиз
4) тиреоидные гормоны
5) диуретики
А) 1+2+3* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
116.Характерные особенности метаболического синдрома:
1) необратимое состояние
2) обратимое состояние
3) характеризуется стойкой гипергликемией
4) характеризуется отсутствием стабильной гипергликемии
5) артериальная гипертензия
А) 2+4+5* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 1+4+5 Д) 2+3+5
117.Перечислите синонимы метаболического синдрома:
1) СД тип 2
2) «смертельный» квартет
3) Х синдром
4) синдром инсулинорезистентности
5) синдром инсулинозависимости
А) 2+3+4*Б) 1+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
118.МС включает следующие компаненты:
1) инсулинорезистентность
2) гипоинсулинемия
3) гиперинсулинемия
4) артериальная гипертензия
5) артериальноая гипотензия
А) 1+3+4* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
119. МС включает следующие компоненты:
1) НТГ
2) гипоинсулинемия
3) гипертриглицеридемия
4) артериальная гипертензия
5) артериальноая гипотензия
А) 1+3+4* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5
120. Принципы лечения МС:
1) диета
2) физическая нагрузка
3) симптоматическая терапия
4) инсулинотерапия
5) оперативное лечение
А) 1+2+3* Б) 2+3+4 В) 1+2+5 Г) 2+4+5 Д) 2+3+5