

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ульяновский государственный университет»
Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования

Н.А. Слободнюк

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) БАЗОВОЙ ПРАКТИКЕ
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.53-ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Очная форма обучения

Методические рекомендации

Ульяновск
2022

Рекомендовано к введению в образовательный процесс
решением Ученого совета ИМЭиФК
протокол № 9/ 239 от 18 мая 2022 года

Слободнюк Н.А.

Методические рекомендации по производственной (клинической) базовой практике специальности 31.08.53-Эндокринология: методические рекомендации / Н.А. Слободнюк. – Ульяновск: УлГУ, 2022. – 31 с.

Методические рекомендации по производственной (клинической) базовой практике специальности содержат материалы для подготовки и закреплению теоретических знаний, развитию практических умений и навыков, полученных в процессе обучения врача-ординатора по специальности 31.08.53 Эндокринология, учебно-методическое и информационное обеспечение практики.

© Слободнюк Н.А., 2022

© Ульяновский государственный университет, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.....	4
2. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	5
2.1. Индивидуальные задания по практике.....	5
2.2. Тесты (тестовые задания) для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся	6
2.3. Комплект индивидуальных задач (заданий) на период практики	24
2.4. Практические навыки	26
3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	29

ВВЕДЕНИЕ

Цели прохождения практики: закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения врача-ординатора - эндокринолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач, формирование универсальных и профессиональных компетенций врача- эндокринолога.

Задачи прохождения практики

Задачи первого года обучения:

сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь получить информацию о заболевании.
2. Владеть основными методами физикального обследования органов эндокринной системы.
3. Уметь оценить тяжесть состояния больного, оказать необходимую срочную помощь.
4. Владеть методиками первичной помощи при неотложных состояниях.
5. Уметь провести обследование, выявить общие и специфические признаки эндокринных заболеваний.
6. Владеть методами купирования болевого синдрома.
7. Уметь провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз.
8. Уметь определить показания для госпитализации и организовать её.
9. Владеть методами оценки функционального состояния эндокринной систем.
10. Уметь оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством.
11. Уметь определить вопросы временной или стойкой трудоспособности больного.

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь определить объем и последовательность методов обследования пациента и лечебных мероприятий.
2. Уметь оценить результаты полученных лабораторных и инструментальных методов обследования.
3. Уметь обосновать выбранную тактику лечебных мероприятий.
4. Уметь выбрать рациональные методы вторичной профилактики для улучшения прогноза течения болезни.
5. Владеть основными принципами лечения эндокринных заболеваний.
6. Владеть методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике эндокринных заболеваний.
7. Владеть методиками статистического анализа.
8. Уметь провести анализ показателей деятельности ЛПУ различных типов с целью оптимизации их функционирования, использовать современные организационные технологии диагностики, лечения, реабилитации, профилактики при оказании медицинских услуг в основных типах лечебно-профилактических учреждений.
9. Уметь осуществить раннее выявление и диагностику инфекционных болезней, провести необходимые противоэпидемические мероприятия.

1. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

Производственная (клиническая) практика проходит в 3 этапа:

1. Организация практики – подготовительный этап – инструктаж по технике безопасности, прохождение медицинского осмотра.
2. Производственный этап – обработка и анализ полученной информации: – сбор,

обработка и систематизация фактического и литературного материала; – наблюдения; – осмотр, проведение манипуляций и другие самостоятельно выполняемые обучающимся виды работ; – изучение методик диагностики и тактик ведения больных при заболеваниях кожи, слизистых и инфекций, передаваемых половым путем; – ведение электронного дневника практики.

3. Заключительный: зачет по результатам практики, составление отчета куратора практики.

Форма промежуточной аттестации по итогам практики – зачет. Зачет проводится на основе контроля выполнения индивидуальных заданий путем наблюдения за деятельностью обучающегося в период прохождения практики, анализа документов, подтверждающих выполнение им всех заданий в соответствии с ПП, оценивая сформированность всех компетенций по данному виду практики, используя ФОС по практике.

2.ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1.Индивидуальные задания по практике

№ и формулировка задания
1.Спланировать комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения эндокринных заболеваний у госпитализированных пациентов (сахарного диабета, манифестного сахарного диабета у беременных, гестационного сахарного диабета, при йоддефицитных состояниях, при ожирении, при метаболическом синдроме).
2.Проведение в отделении санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни.
3.Выявление и анализ факторов, определяющих неблагоприятный исход эндокринологических заболеваний.
4.Оценить особенности клинического течения сахарного диабета у пациентов с COVID-19, выявленного у госпитализированных в стационар.
5.Составить комплекс противоэпидемических мероприятий для предотвращения внутрибольничной инфекции.
6.Выполнить функциональные обязанности в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф.
7.Диагностировать нарушений углеводного обмена.
8.Критерии диагностики различных типов сахарного диабета. Трактовка результатов.
9.Определить частоту микрососудистых поражений и тактику ведения курируемых пациентов с сахарным диабетом в эндокринологическом отделении.
10.Определить частоту макрососудистых поражений и тактику ведения курируемых пациентов с сахарным диабетом в эндокринологическом отделении.
11.Определить лабораторную диагностику и тактику оказания медицинской помощи и лабораторную диагностику гипергликемических ком у больных сахарным диабетом, провести сравнительный анализ историй болезни.
12.Определить лабораторную диагностику и тактику оказания медицинской помощи при коматозных состояниях у эндокринологических больных.
13.Назначить немедикаментозную терапию и реабилитацию пациентов с нейроэндокринными заболеваниями.
14.Составить рекомендации по санаторно-курортному лечению пациентам с эндокринными заболеваниями.
15.Провести анализ дефектов оказания медицинской помощи больным с эндокринологическими заболеваниями.
16.Определение процента утраты общей и профессиональной трудоспособности у больных с эндокринологическими заболеваниями.
17.Проанализировать готовность эндокринологического отделения и его специалистов к

работе в условиях ЧС, связанных с массовой гибелью людей, разработать модель действий врача-эндокринолога в случаях чрезвычайной ситуации, связанной с массовой гибелью людей.

18. Организация и медико-санитарное обеспечение эвакуации потерпевших при чрезвычайных происшествиях.

19. Проведение медицинской сортировки, оказание медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

2.2. Тесты (тестовые задания) для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся

№ задания	Тест (тестовое задание)
1	Рациональное питание — один из методов: 1. вторичной профилактики; 2. третичной профилактики; +3. первичной профилактики
2	Артериальная гипертензия при феохромоцитоме обусловлена: 1. повышением секреции катехоламинов 2. повышением секреции ренина +3. избыточной секрецией минералокортикоидов 4. повышением образования ангиотензина
3	Вакцинация — один из методов: +1. первичной профилактики; 2. вторичной профилактики; 3. третичной профилактики
4	Лежит в основе патогенеза гипотиреоидной комы: А) ускорение процессов окислительного фосфорилирования Б) замедление процессов окислительного фосфорилирования +В) усиление чувствительности периферических тканей к катехоламинам Г) ускоряется метаболизм кортизола
5	Третичная профилактика: 1. предупреждение развития заболеваний у здоровых людей; 2. выявление заболеваний на ранних стадиях развития; 3. проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности;+ 4. организация и проведение диспансеризации.
6	К немодифицированным факторам риска относится: 1. курение; 2. гиподинамия; +3. артериальная гипертензия; 4. стрессы.
7	Первичная профилактика: 1. предупреждение развития заболеваний у здоровых людей;+ 2. выявление заболеваний на ранних стадиях его развития; 3. проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности; 4. организация и проведение диспансеризации.
8	Первичная профилактика — система мер, направленных на: 1. своевременное лечение воспалительного процесса; 2. реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности;

	3. предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний.+
9	Вторичная профилактика: 1. предупреждение развития заболеваний у здоровых людей; 2. выявление заболеваний на ранних стадиях развития;+ 3. проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности; 4. организация и проведение диспансеризации.
10	Низкий культурно-образовательный уровень населения: 1. может способствовать развитию заболевания только у конкретного индивидуума; 2. может способствовать подъему заболеваемости только в конкретной общественной группе; 3. может способствовать как развитию заболеваний у конкретного индивидуума, так и подъему заболеваемости в обществе в целом;+ 4. не влияет на уровень заболеваемости
11	Третичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на: 1. предупреждение воздействия факторов риска на организм человека; 2. реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности;+ 3. предупреждение возникновения факторов риска развития заболеваний.
12	Приоритетная проблема гигиенического образования молодежи: 1. охрана репродуктивного здоровья;+ 2. воспитание гигиенических навыков; 3. воспитание потребности в подвижных играх; 4. продление активной социальной жизни
13	Рациональный режим труда и отдыха — один из методов: 1. первичной профилактики;+ 2. вторичной профилактики; 3. третичной профилактики
14	Проведение Дня здоровья на уровне студенческой группы относится к профилактической работе: 1. индивидуальной; +2. групповой; 3. популяционное проведение Дня здоровья на уровне студенческой группы относится к профилактической работе: 1. индивидуальной; +2. групповой; 3. популяционной
15	Физическая активность — один из методов: 1. вторичной профилактики; 2. третичной профилактики; 3. первичной профилактики.+
16	Реабилитации больных — метод: 1. вторичной профилактики; 2. третичной профилактики;+ 3. первичной профилактики.
17	Для организации групповой профилактической работы не служит приоритетом: 1. наличие у участников сходных факторов риска; 2. единая возрастная группа; 3. единая территория проживания;+ 4. наличие сходных заболеваний

18	Социальная и трудовая реабилитация — составляющие: 1. вторичной профилактики; 2. третичной профилактики;+ 3. первичной профилактики.
19	Психологическая и медицинская реабилитация — составляющие: 1. вторичной профилактики; 2. третичной профилактики;+ 3. первичной профилактики.
20	Развитие кетоацидотической комы обусловлено: +1. дефицит инсулина 2. дефицит проинсулина 3. дефицит С-пептида 4. дефицит препроинсулина 5. дефицит соматостатина
21	В сфере профилактики заболеваний качество пищевых продуктов не определяется их: 1. безопасностью для здоровья; 2. полезностью и способностью удовлетворять потребности человека в питании; 3. пищевой ценностью; 4. вкусовыми свойствами.+
22	К мерам по формированию здорового образа жизни не относится: 1. борьба с курением; 2. проведение иммунопрофилактики в различных группах населения;+ 3. активизация населения к занятиям физической культурой; 4. создание информационно-пропагандистской системы знаний о негативном влиянии факторов риска.
23	Проведение Дня здоровья на муниципальном уровне относится к профилактической работе: 1. индивидуальной; 2. групповой; 3. популяционной.+
24	Раннее выявление заболеваний — метод: 1. вторичной профилактики;+ 2. третичной профилактики; 3. первичной профилактики
25	К модифицированным факторам риска относится: +1. наследственность; 2. гипертензия; 3. сахарный диабет; +4. курение
26	Государство, обеспечивая право граждан на охрану здоровья, не осуществляет контроль: 1. охраны окружающей среды; 2. создания безопасных условий труда; 3. соблюдения принципов здорового образа жизни каждым индивидуумом;+ 4. оказания доступной и качественной медицинской помощи.
27	Обеспечение сохранения здоровья населения — обязанность: 1. только государства; 2. только гражданина; 3. в равной степени государства и каждого гражданина.+
28	Причина гипoadреналового криза обусловлена пониженной выработкой: 1. катехоламинов

	<p>+2. кортикостероидов 3. ренина 4. все перечисленное</p>
29	<p>Пострадавшие, к которым наряду с основным поражением (травмой, ожогом, интоксикацией), имеются и психические нарушения подлежат направлению:</p> <p>+1) в соответствующие профилированные больницы; 2) в хирургический стационар; 3) в терапевтический стационар; 4) в госпиталь; 5) в инфекционный стационар</p>
30	<p>Пострадавшие, к которым наряду с ожогом, имеются и психические нарушения подлежат направлению:</p> <p>1) в госпиталь; 2) в терапевтический стационар; 3) в инфекционный стационар; 4) в психоневрологический стационар; +5) в хирургический стационар</p>
31	<p>Состав сортировочной бригады для тяжелораненных этапа медицинской эвакуации:</p> <p>1) фельдшер, санитарный инструктор, 2 санитаря, 4 водителя-санитара; +2) врач, 2 средних медицинских работника, 2 регистратора, 1-2 звена санитаров-дружинников; 3) врач, операционная сестра, регистратор, анестезиолог; 4) 2 врача, старшая операционная сестра, операционная сестра, анестезиолог, регистратор, звено санитаров-носильщиков; 5) врач-стоматолог, медицинская сестра;</p>
32	<p>Пострадавшие с психическими нарушениями подлежат направлению:</p> <p>1) в инфекционный стационар; +2) в психоневрологический стационар; 3) в госпиталь; 4) в терапевтический стационар; 5) в хирургический стационар;</p>
33	<p>Основное направление проведения медицинской сортировки на этапе медицинской эвакуации:</p> <p>1) исходя из нуждаемости в помощи, по срочности и месту ее оказания; 2) подлежащие оставлению на данном ЭМЭ; +3) исходя из опасности для окружающих и нуждаемости, в связи с этим, в санитарной обработке и изоляции; 4) не нуждающихся в помощи на данном этапе; 5) исходя из эвакуационных признаков</p>
34	<p>Пострадавшие, к которым наряду с травмой, имеются и психические нарушения подлежат направлению:</p> <p>1) в терапевтический стационар; +2) в хирургический стационар; 3) в госпиталь; 4) в инфекционный стационар;</p>
35	<p>Пострадавшие, к которым наряду с инфекционным заболеванием, имеются и психические нарушения подлежат направлению:</p> <p>1) в терапевтический стационар; 2) в хирургический стационар; 3) в госпиталь; +4) в инфекционный стационар;</p>

	5) в психоневрологический стационар;
36	Пострадавшие, к которых наряду с терапевтическим заболеванием, имеются и психические нарушения подлежат направлению: 1) в хирургический стационар; +2) в психоневрологический стационар; 3) в терапевтический стационар; 4) в инфекционный стационар; 5) в госпиталь;
37	Группа раненных и больных, имеющих несовместимые с жизнью ранения и заболевания, соответствуют следующему направлению медицинской сортировки: 1) нуждающиеся в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях; 2) по назначению; +3) исходя из нуждаемости в медицинской помощи; 4) исходя из целесообразности и возможности эвакуации; 5) по направлению;
38	Все пострадавшие, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения эвакуируются: 1) санитарным (другим) транспортом в положении сидя и обязательно с сопровождающим; 2) санитарным (другим) транспортом в положении лежа, фиксированными к носилкам; +3) санитарным (другим) транспортом в положении лежа, фиксированными к носилкам и обязательно с сопровождающим; 4) санитарным (другим) транспортом; 5) санитарным (другим) транспортом, обязательно с сопровождающим;
39	Группа раненных и больных, подлежащих изоляции, соответствует следующему направлению медицинской сортировки: 1) по назначению; +2) исходя из нуждаемости в санитарной обработке и изоляции; 3) исходя из нуждаемости в медицинской помощи; 4) опасные для окружающих; 5) исходя из возможности и целесообразности эвакуации
40	Группа раненных, пораженных, больных, подлежащих направлению к месту жительства, относятся к следующему этапу медицинской сортировки: +1) исходя из возможности и целесообразности эвакуации; 2) нуждающиеся в однородных лечебно-эвакуационных и проф. мероприятиях; 3) по назначению; 4) исходя из нуждаемости в мед. помощи; 5) исходя из нуждаемости в санобработке и необходимости изоляции
41	Подлежат санитарной обработке раненные и больные: +) пораженные ОВ, РВ, БС; 2) инфекционные или подозрительные на инфекционное заболевание; 3) находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения; 4) нетранспортабельные; 5) опасные и неопасные для окружающих
42	Медицинская сортировка на сортировочной площадке этапа медицинской эвакуации проводится: 1) санитарным инструктором- дозиметристом»; 2) фельдшером; 3) врачом; 4) врачом хирургом или терапевтом;

	+5) сортировочной бригадой
43	Группа раненных и больных, подлежащих санитарной обработке соответствуют следующему направлению медицинской сортировки: 1) исходя из нуждаемости в медицинской помощи; +2) исходя из нуждаемости в санитарной обработке и необходимости изоляции; 3) по назначению; 4) исходя из возможности и целесообразности эвакуации; 5) опасные и неопасные для окружающих
44	На этапе медицинской эвакуации, в результате медицинской сортировки, в первую очередь выделяется следующая группа раненных(пораженных) и больных: 1) тяжелораненные и тяжелобольные; 2) легкораненные и легкобольные; 3) имеющие проникающие ранения; +4) представляющие опасность для окружающих; 5) имеющие множественные ранения головы
45	Низкий уровень материального благосостояния населения: 1. может способствовать развитию заболевания только у конкретного индивидуума; 2. может способствовать подъему заболеваемости в конкретной общественной группе;+ 3. может способствовать как развитию заболеваний у конкретного индивидуума, так и подъему заболеваемости в общественной группе; 4. не влияет на уровень заболеваемости.
46	Состав сортировочной бригады для легкопораженных этапа медицинской эвакуации: 1) фельдшер, санитарный инструктор, 2 санитаря, 4 водителя-санитара; 2) врач-стоматолог, медицинская сестра; 3) врач, операционная сестра, регистратор, анестезиолог; 4) 2 врача, старшая операционная сестра, операционная сестра, анестезиолог, регистратор, звено санитаров-носильщиков; +5) врач, 1 средний медицинский работник, 1 регистратор
47	Признаком гиперкалиемии при гипoadреналовом кризе является: +1. низкий вольтаж зубца Т 2. гипертонус конечностей 3. артериальная гипертензия с брадикардией 4. миопатия
48	Электролитные изменения при гипoadреналовом кризе включают все, за исключением: 1. гиперкалиемия +2. повышение объема циркулирующей плазмы 3. повышение активности ренина плазмы 4. гипонатриемия
49	Основная цель проведения медицинской сортировки на этапе медицинской эвакуации: 1) обеспечение раненым и больным своевременного оказания медицинской помощи и рациональной эвакуации; +2) временное устранение явлений, угрожающих жизни раненого и больного и предупреждение развития опасных для жизни осложнений; 3) борьба с угрожающими жизни расстройствами; 4) устранение последствий поражения (заболевания) угрожающих жизни раненого (больного), предупреждение развития опасных для жизни осложнений и подготовки к дальнейшей эвакуации;

	5) с целью доставки раненых и больных на медицинские пункты и лечебные учреждения для своевременного и полного оказания мед. помощи и лечения
50	Борьбу с гипотермией при гипотиреоидной коме проводят: А) обкладывание пациента грелкой Б) согреванием температуры палаты В) обертывание одеялами +Г) все вышеперечисленное
51	В патогенезе тиреотоксического криза, развившегося на фоне болезни Грейвса лежит увеличение: +А) антител к рецептору ТТГ Б) антител к микросомальной фракции тироцитов В) антител к тиропероксидазе Г) все вышеперечисленное
52	В основе патогенеза тиреотоксического криза не лежит: А) ускорение процессов окислительного фосфорилирования +Б) замедление процессов окислительного фосфорилирования В) усиление чувствительности периферических тканей к катехоламинам Г) ускоряется метаболизм кортизола
53	При средних и больших оперативных вмешательствах (требующие изменения питания, регионарной анестезии или наркоза), пациентам, получающим препараты сульфонилмочевины или глиниды, накануне операции уменьшают дозу вдвое: А) верно Б) неверно В) все перечисленное +Г) ничего из перечисленного
54	Какие клинические синдромы наиболее характерны для гипотиреоидной комы: +А) эктодермальных нарушений (сухость кожи и вызванная накоплением бета-каротина желтушность кожных покровов (восковой оттенок кожи), диффузная алопеция, ломкость и тусклая окраска волос, ломкость и поперечная исчерченность ногтей, гиперкератозы в области локтевых и коленных суставов); Б) отечный (плотные отеки лица и конечностей, грубоватые черты лица, гиперволемия, гипонатриемия, возможна острая задержка мочи); В) гастроинтестинальных нарушений (гепатомегалия, мегаколон, ослабление перистальтических шумов Г) все вышеперечисленное
55	При недостаточном содержании йода в питании развивается: А) акромегалия Б) диффузный токсический зоб В) сахарный диабет +Г) эндемический зоб
56	Какие клинические синдромы характерны для гипотиреоидной комы: А) гипометаболизма (ожирение, температура тела снижается ниже 35,5 °С и достигает 30-°С, а иногда даже 24 °С) Б) сердечно-сосудистых нарушений (брадикардия, низкий вольтаж зубцов и диффузные метаболические изменения на ЭКГ, гидроперикард, снижение артериального давления, в первую очередь за счет систолического) В) гиповентиляционно-гиперкапнический (снижение частоты дыхательных движений, гипоксемия, гиперкапния, дыхательный ацидоз); Г) угнетения нервной системы +Д) все перечисленное
57	Левотироксин назначают при лечении: А) болезни Иценко-Кушинга

	<p>+Б) гипотиреоза В) диффузного токсического зоба Г) сахарного диабета</p>
58	<p>Показаниями для назначения фармакотерапии высокорослости являются: А) предполагаемый окончательный рост более трех стандартных отклонений Б) для лиц европеоидной расы больше 195 см для мальчиков и 180 см для девочек) В) при психосоциальных проблемах, связанных с высоким ростом + Г) все перечисленное</p>
59	<p>Для проведения пробы с нагрузкой трийодтиронином используют этот препарат в дозе А) 30 мкг Б) 60 мкг В) 80 мкг +Г) 100 мкг Д) 140 мкг</p>
60	<p>Диагностическими критериями синдрома неадекватной секреции вазопрессина являются: А) гипонатриемия, сопровождающаяся соответствующим снижением осмоляльности крови Б) осмоляльность мочи превышает осмоляльность плазмы крови В) отсутствие артериальной гипотензии, гиповолемии и выраженного отеочного синдрома Г) нормальные функции почек +Д) все перечисленное</p>
61	<p>Гипофизарный гигантизм характеризуется: А) ускоренным линейным ростом с пропорциональным увеличением костей скелета, мягких тканей Б) возникает у детей и подростков с незавершенным физиологическим ростом (открытыми зонами роста) В) патологическим считается рост, превышающий 97-ю перцентиль (выше 200 см для мужчин и 190 см для женщин +Г) все перечисленное</p>
62	<p>Для диабетического кетоацидоза характерно все перечисленное, кроме: А) боли в животе +Б) гипергидроз В) снижение внутриглазного давления Г) рвота</p>
63	<p>Клинические синдромы наиболее характерны для тиреотоксического криза: А) синдром сердечно-сосудистой недостаточности Б) гиперпродукция тепла В) синдром поражения ЦНС +Г) все вышеперечисленное</p>
64	<p>Возможное показание для применения бикарбоната натрия при диабетической кетоацидотической коме: А) кетоацидоз +Б) рН менее 7,0 В) бессознательное состояние Г) гипергликемия более 20 ммоль/л</p>
65	<p>В основе патогенеза тиротоксикоза при подостром тироидите лежит: А) выработка тироидстимулирующих аутоантител +Б) разрушение тироцитов и выход содержимого фолликулов в кровяное русло В) компенсаторная гиперфункция щитовидной железы в ответ на воспалительные</p>

	<p>изменения</p> <p>Г) гиперпродукция тиреоидных гормонов щитовидной железой</p> <p>Д) гиперпродукция ТТГ в ответ на воспалительные изменения в щитовидной железе</p>
66	<p>Акромегалия включает:</p> <p>А) хроническая избыточная секреция СТГ</p> <p>Б) у лиц с законченным физиологическим ростом</p> <p>В) с патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей,</p> <p>Г) увеличением размеров мягких тканей и внутренних органов, с системными и обменными нарушениями</p> <p>+Д) все перечисленное</p>
67	<p>В основе патогенеза тиротоксикоза при подостром тиреоидите лежит:</p> <p>А) выработка тиреоидстимулирующих аутоантител</p> <p>+Б) разрушение тироцитов и выход содержимого фолликулов в кровяное русло</p> <p>В) компенсаторная гиперфункция щитовидной железы в ответ на воспалительные изменения</p> <p>Г) гиперпродукция тиреоидных гормонов щитовидной железой</p> <p>Д) гиперпродукция ТТГ в ответ на воспалительные изменения в щитовидной железе</p>
68	<p>Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает все перечисленное, кроме:</p> <p>А) креатинин сыворотки</p> <p>+Б) HbA1c</p> <p>В) газоанализ и рН крови</p> <p>Г) электролиты плазмы крови</p>
69	<p>При обследовании щитовидной железы организм не получает лучевой нагрузки</p> <p>А) при ангиографии сосудов щитовидной железы</p> <p>Б) при компьютерной томографии</p> <p>В) при лимфографии</p> <p>+Г) при УЗИ щитовидной железы</p> <p>Д) при сцинтиграфии</p>
70	<p>Гипофизарный гигантизм характеризуется:</p> <p>А) ускоренным линейным ростом с пропорциональным увеличением костей скелета, мягких тканей</p> <p>Б) возникает у детей и подростков с незавершенным физиологическим ростом (открытыми зонами роста)</p> <p>В) патологическим считается рост, превышающий 97-ю перцентиль (выше 200 см для мужчин и 190 см для женщин)</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
71	<p>Акромегалия включает:</p> <p>А) хроническая избыточная секреция СТГ</p> <p>Б) у лиц с законченным физиологическим ростом</p> <p>В) с патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей,</p> <p>Г) увеличением размеров мягких тканей и внутренних органов, с системными и обменными нарушениями</p> <p>+Д) все перечисленное</p>
72	<p>Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает все перечисленное, кроме:</p> <p>А) креатинин сыворотки</p> <p>+Б) HbA1c</p> <p>В) газоанализ и рН крови</p> <p>Г) электролиты плазмы крови</p>

73	<p>При каком уровне гликемии необходимо в/в введение 5-10 % раствора глюкозы с инсулином при выведении больных из диабетической кетоацидотической комы:</p> <p>А) 24 ммоль/л Б) > 14 ммоль/л +В) <13 ммоль/л Г) все перечисленное</p>
74	<p>К клиническим особенностям ИБС у больных сахарным диабетом относится:</p> <p>А) низкий риск «внезапной смерти» +Б) высокая частота безболевых форм ИБС и инфаркта миокарда В) большая частота развития ИБС у мужчин Г) все перечисленное</p>
75	<p>Для постпубертатного гипогонадизма характерны:</p> <p>А) снижение полового влечения, урежение и ослабление адекватных и спонтанных эрекций Б) ослабление или отсутствие оргазма, отсутствие семяизвержения В) уменьшение оволосения на теле и лице, истончение волос на голове Г) половой член длиной 9 см и более Д) умеренной пигментации и складчатости мошонка, яички более 12 мл, мягкие, дряблые при пальпации +Е) все перечисленное</p>
76	<p>Для диабетического кетоацидоза характерно все перечисленное, кроме:</p> <p>А) боли в животе +Б) гипергидроз В) снижение внутриглазного давления Г) рвота</p>
77	<p>Клинические синдромы наиболее характерны для гипотиреоидной комы:</p> <p>А) эктодермальных нарушений (сухость кожи и вызванная накоплением бета-каротина желтушность кожных покровов (восковой оттенок кожи), диффузная алопеция, ломкость и тусклая окраска волос, ломкость и поперечная исчерченность ногтей, гиперкератозы в области локтевых и коленных суставов); Б) отечный (плотные отеки лица и конечностей, грубоватые черты лица, гиперволемия, гипонатриемия, возможна острая задержка мочи); В) гастроинтестинальных нарушений (гепатомегалия, мегаколон, ослабление перистальтических шумов +Г) все вышеперечисленное</p>
78	<p>При надпочечниковом гипoadреналовом кризе на догоспитальном этапе возможно использовать внутривенное введение:</p> <p>А) 40 мг преднизолона +Б) 4 мг дексаметазона В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного</p>
79	<p>Глюкокортикоиды при неотложных состояниях вводятся:</p> <p>+А) внутривенный Б) внутримышечный В) ингаляционный Г) пероральный</p>
80	<p>К побочным эффектам глюкокортикоидов, применяемых при неотложных состояниях не относится:</p> <p>А) кандидоза полости рта Б) остеопороз +В) стероидный диабет Г) артериальная гипотензия</p>

81	Лечение гипотиреоидной комы включает следующие мероприятия: А) устранение дефицита кортикостероидов Б) заместительная терапия тиреоидными гормонами В) борьба с гипотермией +Г) все вышеперечисленное
82	Выберите препараты которые не используются в лечении тиреотоксического криза: А) тиамазол +Б) левотироксин В) преднизолон Г) пропилтиоурацил
83	Единственное эффективное мероприятие для удаления избытка лактата при лечении лактатацидоза: +А) гемодиализ с безлактатным буфером Б) внутривенное введение бикарбоната натрия В) внутривенное введение 5-10% раствора глюкозы Г) все перечисленное
84	При надпочечниковом гипoadреналовом кризе гормональная терапия проводится в дозах: А) со 2-3-х суток и последующие 5-7 дней дозу в/м введенного гидрокортизона ацетата постепенно снижают до 25-50 мг Б)- со 2-3-х суток и последующие 5-7 дней уменьшают кратность в/м введения гидрокортизона с 4 до 2-х раз в сутки В) внутривенное введение гидрокортизона продолжают до выведения больного из коллапса и стабилизации систолического артериального давления на уровне выше 100 мм рт. ст. +Г) все перечисленное
85	Единственное эффективное мероприятие для удаления избытка лактата при лечении лактатацидотической комы: +А) гемодиализ с безлактатным буфером Б) внутривенное введение бикарбоната натрия В) внутривенное введение 5-10% раствора глюкозы Г) все перечисленное
86	При надпочечниковом гипoadреналовом кризе на догоспитальном этапе возможно использовать внутривенное введение: А) 40 мг преднизолона Б) 4мг дексаметазона +В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного
87	Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения: +А) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина, Б) солей кальция, В) гипертонического раствора хлорида натрия, Г) солей калия
88	Противопоказанием к назначению таблетированных сахароснижающих препаратов является: А) сахарный диабет 1 типа Б) беременность и лактация В) острые осложнения сахарного диабета (прокомы, комы) Г) острые тяжелые инфекции, тяжелое поражение печени, почек +Д) все перечисленное
89	К механизму действия препаратов блокаторов альфа - глюкозидаз относится:

	<p>+А) расщепление полисахаридов до моносахаридов Б) обратное всасывание глюкозы в проксимальных канальцах почек В) стимуляция секреции инсулина бета- клетками Г) все перечисленное</p>
90	<p>Средняя начальная скорость непрерывной внутривенной инфузии инсулина у взрослых больных сахарным диабетом при компенсации составляет- 0,5–1 ед/час, при декомпенсации без ожирения - 2 ед/час: +А)верно Б)неверно В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного</p>
91	<p>Лечение нейропатической формы синдрома диабетической стопы включает: А) разгрузка пораженной конечности Б) первичная обработка раневого дефекта В) системная антибиотикотерапия (цефалоспорины II генерации, фторхинолоны, метронидазол, клиндамицин, даптомицин) + Г) все перечисленное</p>
92	<p>Средняя начальная скорость непрерывной внутривенной инфузии инсулина у взрослых больных сахарным диабетом при дефиците массы тела, почечной, печеночной или хронической надпочечниковой недостаточности составляет -< 0,5 ед/час, при выраженной декомпенсации, ожирении, инфекциях, хронической терапии стероидами и др. состояниях с инсулинорезистентностью - 3 ед/час. +А)верно Б)неверно В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного</p>
93	<p>Продолжительность терапии препаратами тироксина при врожденном гипотиреозе составляет: А) до купирования симптомов гипотиреоза Б) закрытия зон роста +В) пожизненная Г) терапия не показана</p>
94	<p>Основными компонентами лечения диабетической кетоацидотической комы являются все, кроме: А) устранение инсулиновой недостаточности Б) борьба с дегидротацией и гиповолемией +В) уменьшение образования лактата Г) восстановление электролитного баланса и КЩС</p>
95	<p>Критерии введения бикарбоната натрия внутривенно при лактатацидозе: +А) введение 4 г бикарбоната натрия (100мл 4% раствора за 1 час) Б) введение 8 г бикарбоната натрия (400мл 2% раствора за 2 час) В) ничего из перечисленного Г) все перечисленное</p>
96	<p>При лечении диабетической кетоацидотической комы применяется внутривенная инсулинотерапия в дозе: А) 0,5–2 ед/час Б) 0,1 ед/кг/час В) 2–5 ед/час все перечисленное</p>
97	<p>Лечение тиреотоксического криза включает следующие мероприятия: А) устранение дефицита кортикостероидов</p>

	<p>Б) назначение высоких доз тиреостатиков В) назначение препаратов йода Г) назначение бета-адреноблокаторов +Д) все вышеперечисленное</p>
98	<p>Принципы терапии α-адренорецепторами во время купирования катехоламинового криза: А) α-адреноблокаторы вводят внутривенно медленно каждые 5 минут, до момента купирования криза или снижения артериального давления Б) после снижения и стабилизации артериального давления α-адреноблокаторы <i>вводят</i> внутримышечно в тех же дозах каждые 2-4 часа в течение всех первых суток терапии В) со 2-х суток переходят на пероральный прием фентоламина в дозах 25-50 мг (1-2 таблетки) каждые 3-6 часов в течение всего периода времени до оперативного удаления этой опухоли +Г) все перечисленное</p>
99	<p>Какие клинические синдромы не характерны для тиреотоксического криза: А) диспепсический +Б) дегидратационный В) гепатопатоспленомегалии Г) все вышеперечисленное</p>
100	<p>Принципы терапии надпочечникового гипoadреналового криза: +A) гормональная терапия (глюко- и минералокортикоиды) Б) борьба с дегидратацией и гипогликемией В) коррекция электролитных нарушений Г) борьба с дефицитом белка Д) все перечисленное</p>
101	<p>Для устранения дефицита кортикостероидов не назначается при тиреотоксическом кризе: А) гидрокортизон гемисукцинат Б) преднизолон +В) тестостерон Г) все перечисленное</p>
102	<p>Пациентам, получающим инсулин в день средних и больших оперативных вмешательств перед операцией вводят 50 % (для пациентов с сахарным диабетом 2 типа) и 80% (СД 1 типа) обычной утренней дозы инсулина продленного действия: +A) верно Б) неверно В)ничего из перечисленного</p>
103	<p>Для оценки инкреторной функции поджелудочной железы целесообразно использовать все перечисленные соединения, кроме А) иммунореактивного инсулина Б) глюкагона В) С-пептида +Г) трипсина</p>
104	<p>Лечение тиреотоксического криза включает следующие мероприятия: А) назначение бета-адреноблокаторов Б) коррекция водно-электролитных нарушений В) купирование психомоторного возбуждения Г) борьба острой сосудистой недостаточностью Д)+ все перечисленное</p>
105	<p>Для определения суточной глюкозурии в лабораторию направляют:</p>

	<p>а) 50 мл свежесобранной теплой мочи б) 100-200 мл из суточного количества в) среднюю порцию мочи г) все перечисленное</p>
106	<p>При средних и больших оперативных вмешательствах (требующие изменения питания, регионарной анестезии или наркоза), пациентам, получающим препараты сульфонилмочевины или глиниды, накануне операции уменьшают дозу вдвое: +А) верно Б) неверно В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного</p>
107	<p>При средних и больших оперативных вмешательствах, пациентам таблетированные сахароснижающие препараты отменяются. Инсулин иметь наготове: + А) верно Б) неверно В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного</p>
108	<p>Для проведения "малой пробы" с дексаметазоном с целью исследования регуляции функции коры надпочечников по уровню кортизола используют дексаметазон в количестве +А) 1 мг Б) 1.5 мг В) 2 мг Г) 3 мг</p>
109	<p>При введении 1 мг дексаметазона в 12 часов ночи снижение кортизола в крови на 50% и более на следующее утро свидетельствует А) о гипокортицизме +Б) о нормальной функции коры надпочечников В) о гиперкортицизме Г) о вторичном гипокортицизме Д) о повышенной секреции АКТГ</p>
110	<p>Для проведения "большой пробы" с дексаметазоном по динамике экскреции кортизола с мочой используют дексаметазон в дозе: А) 1 мг Б) 2 мг В) 6 мг +Г) 8 мг</p>
111	<p>Для оценки резервной возможности надпочечников применяют пробу +А) с нагрузкой КТГ (синактеном) Б) с дексаметазоном (малая) В) с дексаметазоном (большая) Г) с нагрузкой калием</p>
112	<p>Препарат выбора антигипертензивной терапии при гипертоническом кризе во время беременности: А) блокаторы кальциевых каналов Б) β1 -селективные адреноблокаторы +В) метилдопа Г) диуретики</p>
113	<p>Показанием к инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете является: А) невозможность поддержания целевых значений гликемии в течение 1–2 недель</p>

	с помощью только диетотерапии Б) наличие признаков диабетической фетопатии по данным экспертного УЗИ, которая является косвенным свидетельством хронической гипергликемии +В) все перечисленное
114	Профилактика ожирения: А) ограничение физических упражнений Б) повышенное употребление жиров В) повышенное употребление углеводов +Г) рациональное питание
115	Для профилактики эндемического зоба не йодируют: +А) конфеты, торты Б) хлеб В) поваренную соль 4) масло
116	К провоцирующим факторам гиперкальциемического криза относятся: А) отсутствия адекватного лечения на фоне первичного гиперпаратиреоза Б) лечением тиазидными диуретиками В) гипервитаминоз витамина D +Г) все перечисленное
117	Общий показатель при оценке медицинской результативности: А) выздоровление Б) смерть В) улучшение, ухудшение Г) состояние без изменения +Д) все перечисленное
118	Лечащий врач может единолично продлить листок нетрудоспособности на срок: А) до 7 дней Б) до 10 дней +В) до 15 дней Г) до 30 дней Д) до выздоровления
119	Оборот койки определяется следующим отношением +А) (число госпитализированных больных) / (среднегодовое число коек) Б) (число госпитализированных больных) / (число дней работы койки в году) В) (число госпитализированных больных) / (среднее время пребывания больного на койке) Г) (число госпитализированных больных) / (средние сроки лечения больного в стационаре)
120	При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой +А) непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ Б) регистрации документов в учреждении МСЭ В) все перечисленное
121	Основными причинами возникновения врачебных ошибок могут быть: А) небрежность в действиях врача +Б) атипичное течение болезни В) невежество (медицинская неграмотность) врача Г) недостаточный опыт врача Д) все перечисленное
122	Среднее число пребывания больного в стационаре определяется следующим образом

	<p>А) (число койко-дней фактически проведенных больными) / (среднегодовое число коек) +Б) (число проведенных больными койко-дней)/(число использованных больных) В) (число проведенных больными койко-дней) / (число дней в году) Г) все перечисленное</p>
123	<p>На какой максимальный срок может продлить ВК листок нетрудоспособности А) до 2 месяцев Б) до 3 месяцев В) до 6 месяцев +Г) до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 12 месяцев Д) до 4 месяцев</p>
124	<p>До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач: +А) до 15 дней Б) до 10 дней В) до 25 дней Г) до 30 дней</p>
125	<p>Система медицинской профилактики в РФ включает: А) Центр медицинской профилактики Б) Центр здоровья; В) кабинет (отделение) профилактики амбулаторно-поликлинического учреждения Г) кабинет здорового ребенка детской поликлиники; +Д) все верно</p>
126	<p>Среднее число дней работы койки в году вычисляется следующим образом А) (число койко-дней фактически проведенных больными) / (число дней в году) +Б) (число койко-дней фактически проведенных больными) / (число среднегодовых коек) В) (число выписанных больных) / (число среднегодовых коек) Г) (число проведенных больными койко-дней) / (число выписанных больных)</p>
127	<p>Какие средства могут использоваться для профилактики первичной реакции на облучение +А) Цистамин Б) Этаперазин В) Димедрол Г) Диметкарб Д) Нафтизин</p>
128	<p>Эвакуация на большие расстояния в различные стационарные лечебные учреждения значительной части пораженных характерна: а) для землетрясений; б) для пожаров; +в) для различных ЧС, сопровождающихся большим количеством пораженных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи</p>
129	<p>Проникающая радиация это: А) Поток альфа-частиц +Б) Поток бета-частиц В) Поток нейтронов и гамма-лучей Г) Электромагнитный импульс</p>
130	<p>Руководителем организации оказания помощи пострадавшим при пожаре в первые часы является: а) главный врач службы скорой помощи муниципального образования; б) руководитель регионального подразделения МЧС; +в) врач бригады скорой помощи, первой прибывшей на место ЧС.</p>

131	<p>Нахождение большого количества пострадавших под завалами при землетрясениях приводит:</p> <p>+а) приводит к некоторому рассредоточению потока пораженных и уменьшению потребности в медицинских силах и средствах;</p> <p>б) не требует перемещения доступных медицинских ресурсов в зону ЧС, а делает необходимым усиление транспортных потоков из очага землетрясения;</p> <p>в) определяет большую срочность в оказании медицинской помощи после извлечения пораженных из-под завалов</p>
132	<p>В структуре санитарных потерь при наводнениях в первые сутки преобладают пострадавшие:</p> <p>а) с явлениями асфиксии;</p> <p>б) травмами мягких тканей, сотрясениями головного мозга;</p> <p>+в) переохлаждением, с острыми нарушениями дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности;</p> <p>г) с инфекционными заболеваниями</p>
133	<p>Медицинской сортировкой называется:</p> <p>+а) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;</p> <p>б) разделение потока пострадавших;</p> <p>в) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;</p> <p>г) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения</p>
134	<p>Для предупреждения накопления в щитовидной железе радиоактивного йода используются:</p> <p>А)Феррацин</p> <p>+Б)Препараты йода</p> <p>В)Адсобар</p> <p>Г)Цистамин</p>
135	<p>Основными способами защиты населения от чрезвычайных ситуаций являются:</p> <p>А)оказание медицинской помощи;</p> <p>Б)вывод из очага катастрофы;</p> <p>В)укрытие в защитных сооружениях;</p> <p>Г)прием медикаментов и эвакуация;</p> <p>+Д)укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение</p>
136	<p>Механизм действия препарата Орлистат:</p> <p>+А) подавляет активность панкреатической липазы, уменьшает всасывание жиров в кишечнике</p> <p>Б) устраняет инсулинорезистентность</p> <p>В) блокирует обратный захват серотонина и норадреналина, вызывая чувство насыщения</p> <p>Г)все перечисленное</p>
137	<p>Механизм действия препарата Сибутрамин:</p> <p>А) подавляет активность панкреатической липазы, уменьшает всасывание жиров в кишечнике</p> <p>Б) устраняет инсулинорезистентность</p> <p>+В) блокирует обратный захват серотонина и норадреналина, вызывая чувство насыщения</p> <p>Г)все перечисленное</p>
138	<p>Противопоказания к препарату Орлистат:</p> <p>А) психические заболевания</p> <p>Б) тяжелые заболевания сердца и периферических артерий, тахикардии, аритмии</p> <p>В) тяжелые нарушения функции почек и печени</p>

	Г) гипертиреоз +Д) все перечисленное
139	Противопоказания к препарату Сибутрамин: А) синдром хронической мальабсорбции Б) холестаз В) беременность, период лактации, детский и подростковый возраст до 18 лет +Г) все перечисленное
140	Для лечения метаболического синдрома применяются препараты: А) сахароснижающие препараты Б) гипотензивные препараты В) статины +Г) все перечисленное
141	В лечении конституционально-экзогенной формы ожирения 1 степени используется: +А) орлистат Б) левотироксин В) половые гормоны
142	Препараты применяемые для лечения ожирения: А) лираглутид Б) сибутрамин В) орлистат Г) все перечисленное
143	Синдром Пиквика характеризуется: А) сонливостью в дневное время суток Б) расстройством дыхания во сне В) снижением концентрации внимания, эритремия +Г) все перечисленное
144	Показанием к инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете не является: А) невозможность поддержания целевых значений гликемии в течение 1–2 недель с помощью только диетотерапии Б) наличие признаков диабетической фетопатии по данным экспертного УЗИ, которая является косвенным свидетельством хронической гипергликемии +В) два и более нецелевых значения
145	Инсулин не разрешенный к применению у детей с 2-х лет и беременных пациенток: А) лизпро Б) аспарт В) гларгин Г) детемир +Д) деглудек
146	Какой уровень глюкозы венозной плазмы вне зависимости от приема пищи при наличии симптомов гипергликемии будет свидетельствовать о манифестном сахарном диабете у беременных: +А) $\geq 11,1$ Б) $\geq 6,1$ В) $\geq 8,5-11,1$ Г) $\geq 7,8$
147	Какой уровень глюкозы венозной плазмы через 1 час после орального глюкозотолерантного теста будет указывать на гестационный сахарный диабет у беременных (ммоль/л): А) $\geq 7,8$ +Б) $\geq 10,0$

	В) $\geq 8,5$ -< 11,1 Г) $\geq 6,1$
148	Какой уровень глюкозы венозной плазмы через 2 час после перорального глюкозотолерантного теста будет указывать на гестационный сахарный диабет у беременных (ммоль/л): А) $\geq 7,8$ -11,1 Б) $\geq 6,1$ +В) $\geq 8,5$ -11,1 Г) $\geq 11,1$
149	Какой показатель глюкозы венозной плазмы натощак будет свидетельствовать о гестационном сахарном диабете у беременной (ммоль/л): А) $\geq 6,1$ Б) $\geq 7,8$ В) $\geq 5,5$ -< 7,0 Г) $\geq 5,1$ -< 7,0

2.3.Комплект индивидуальных задач (заданий) на период практики для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся

№ задания	Условие задачи (формулировка задания)
1	Распишите и обоснуйте терапию для пациента 26 лет, страдающего впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа (рост -165 см., вес - 59кг). В отделении есть: Изофан, Солюбле, Метформин, Глибенкламид, Вилдаглиптин
2	Больная К. 32 лет, Рост 170см. Вес 70 кг. Сахар крови натощак 8,3 ммоль/л. Беременность 12 недель. В отделении есть Гларгин, Аспарт, Изофан, Солюбле, Метформин, Глибенкламид. Объясните тактику ведения пациентки
3	Назначьте обследование и лечение пациенту 42 лет с алиментарным ожирением (ИМТ=38 кг/м ²) в сочетании с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа, дислипидемией и артериальной гипертензией
4	Какие группы препаратов вы порекомендуете пациентке 55 лет с ожирением и сахарным диабетом 2 типа с ИМТ 30 при невозможности его компенсации сочетанием здорового образа жизни и Метформином 850 мг 2 раза в день. HbA1c = 8,8%
5	Какие группы препаратов вы порекомендуете пациенту 63 лет, ИМТ 19, с декомпенсированным сахарным диабетом второго типа на фоне здорового образа жизни в сочетании с Метформином в дозе 1000мг при прогрессирующим снижении веса
6	Какие группы препаратов вы порекомендуете пациенту 60 лет, рост - 170 см., вес - 67кг, с сахарным диабетом 2 типа на фоне здорового образа жизни в сочетании с Метформином в дозе 1000мг при HbA1c -7.9%
7	Подберите препарат больной 71-х лет, рост - 167см, вес-90 кг в с ожирением и впервые выявленным сахарным диабетом, страдающей обструктивной болезнью легких. HbA1c 7,9%. В отделении есть Изофан, Солюбле,Метформин, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин, Глибенкламид
8	Пациент 53 лет с алиментарным ожирением (ИМТ 32 кг/м ²) и дислипидемией, в сочетании сахарным диабетом 2 типа. Принимает Вилдаглиптин 50 мг утром. HbA1c - 8,8%. Объясните тактику ведения пациента
9	Какие группы сахароснижающих препаратов нельзя назначить пациентке 61 лет в с впервые выявленным сахарным диабетом и хронической болезни почек 5 стадии HbA1c 7,8%

10	Распишите обследование и обоснуйте терапию для пациента 16 лет, страдающего сахарным диабетом 1 типа (рост -165 см., вес - 55кг). НвА1с 12,5% и запахом ацетона. В отделении есть: Изофан, Солюбле, Метформин, Глибенкламид, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин
11	Распишите и обоснуйте терапию для пациентки 63 лет, страдающей впервые выявленным сахарным диабетом (рост - 170 см., вес - 84кг), которая 3 дня назад проведено стентирование по-поводу Q- инфаркта. В отделении есть: Изофан, Солюбле, Метформин, Глибенкламид, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин. Задания: Предположите диагноз. Обоснуйте. Назначьте обследование и лечение.
12	Какие группы препаратов вы порекомендуете пациенту 60 лет, ИМТ 21, с декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа, ведущим здоровый образ жизни. За последние 6 месяцев похудел на 8 кг. Принимает метформином в дозе 1000мг в ужин + Гликдазид 90 мг до завтрака. При обследовании: НвА1- 9,6%. В отделении есть Изофан, Солюбле, Метформин, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин, Глибенкламид. Задания: Сформулируйте 3 диагноз. Обоснуйте. Назначьте обследование и лечение.
13	Какие группы сахароснижающих препаратов рекомендуются больному 58 лет в с первые выявленным сахарным диабетом неделю назад перенесшему острый инфаркт миокарда НвА1с 9,3%
14	У пациентки С. 18 лет, беременность 15 недель выявлен гестационный сахарный диабет. В течение двух недель пациентка строго соблюдала диету. Сахар крови на фоне диеты натошак 8,7 ммоль/л. Рост пациентки - 165см. Вес 55 кг. В отделении есть Детемир и Аспарт, Изофан и Солюбле, Метформин, Глибенкламид, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин. Объясните тактику ведения пациентки
15	Студент З. 26 лет пожаловался на головную боль, головокружение, потемнение в глазах, дрожь в теле, чувство голода, вскоре упал и потерял сознание. При осмотре на теле пациента крупные капли пота и судороги. Назначьте обследование, объясните тактику ведения пациента
16	Больная Г. 42 лет последние два года по-поводу диффузного токсического зоба получает тиамазол панирует беременность. При обследовании: ТТГ-0,05 мкМЕ/мл; Т4 св. = 33 пмоль/л; УЗИ щж: V = 69см ³ , структура однородная, экзогенность снижена. Объясните тактику ведения пациентки
17	Больная В. 80 лет последние полгода отмечает затруднение дыхания, свист в груди, боли в шее, сердцебиение, аритмию. В анамнезе: перенесла ХСН. УЗИ щж: V = 180 см ³ , структура неоднородная, множество узлов, сдавление трахеи и смещение её в сторону. На ЭКГ- мерцательная аритмия. ЧСС 97 в минуту. Объясните тактику ведения пациентки
18	Пациентка 29 лет впервые обратилась с жалобами на постоянное сердцебиение, раздражительность, потливость, дрожь в руках, плохую переносимость жары. На ЭКГ-синусовая тахикардия, ЧСС 100 в минуту без урежения на вдохе. Задания: Предположите диагноз. Обоснуйте. Назначьте обследование и лечение.
19	Больная 40 лет с диффузный токсический зоб предьявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм, больше справа, инъецированность склер. Задания: Предположите диагноз. Обоснуйте. Назначьте обследование и лечение.
20	Объясните тактику ведения пациентки 25 лет с впервые выявленным тиреотоксикозом средней тяжести. Беременность 10 недель. На ЭКГ- синусовая тахикардия, ЧСС 110 в минуту без урежения на вдохе
21	Пациентка Ф. 33 лет, рост 161 см, вес 49 кг, которая поступила в реанимационное отделение. При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания, широкие глазные щели, взгляд фиксирован в одной точке, кожные покровы влажные,

	тремор век, ЧСС- 130 в минуту без урежения на вдохе, температура 38,9 градусов. На ЭКГ - мерцательная тахикардия, Задания: Предположите диагноз. Назначьте обследование и лечение
22	Пациентка И. 38 лет, рост 165 см, вес 79 кг, которая поступила в реанимационное отделение. При осмотре: состояние тяжелое, повышенного питания, кожные покровы сухие, отек лица, голеней тремор век, ЧСС- 130 в минуту без урежения на вдохе, температура 28 градусов. На ЭКГ – брадикардия 36, низкий вольтаж. Задания: Предположите диагноз. Назначьте обследование и лечение
23	У пациента 62 лет с алиментарным ожирением (ИМТ 32 кг/м ²), ИБС и дислипидемией при диспансерном обследовании впервые выявлена гликемия 8,8ммоль/л. Объясните причины, назначьте обследование и тактику ведения пациента

2.4. Практические навыки

1-й год обучения

ПК-1	1	Диагностировать сахарный диабет и другие типы нарушения толерантности к глюкозе
ПК-1	2	Диагностировать различные патогенетические формы сахарного диабета
ПК-1	3	Определить причину, диагностировать коматозные состояния при сахарном диабете
ПК-1	4	Определить причину, назначить обследования для выявления поздних осложнений сахарного диабета
ПК-1	5	Распознавать проявления и диагностировать другие эндокринные заболевания, сочетающиеся с сахарным диабетом
ПК-1	6	Определить необходимый объем лабораторно-инструментального обследования пациентов с островково-клеточными образованиями поджелудочной железы (инсулинома, глюкагонома, соматостатинома)
ПК-1	7	Собрать анамнез, выявить жалобы, оценить состояние пациентов с островково-клеточными образованиями поджелудочной железы (инсулинома, глюкагонома, соматостатинома)
ПК-5	8	Провести дифференциальную диагностику кортикостеромы и болезни Иценко-Кушинга
ПК-5	9	Собрать анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с акромегалией и гигантизмом
ПК-5	10	Назначить обследование пациенту с акромегалией или гигантизмом
ПК-5	11	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз при синдроме гиперпролактинемии
ПК-5	12	Собрать анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с гипопитуитаризмом; назначить обследование пациенту с гипопитуитаризмом
ПК-5	13	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз при гипопитуитаризме
ПК-5	14	Собрать анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с синдромом гиперпролактинемии
ПК-5	15	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз несахарного диабета
ПК-5	16	Собрать анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с несахарным диабетом
ПК-5	17	Назначить обследование пациенту с полиурией
ПК-6	18	Составить алгоритм специализированного лечения больных сахарным

		диабетом 1 типа
ПК-6	19	Назначить рациональную терапию сахарного диабета (питание, инсулинотерапия, пероральные сахароснижающие препараты, физические нагрузки)
ПК-6	20	Определить показания к применению сахароснижающих препаратов различных групп
ПК-6	21	Назначить лечение микрососудистых осложнений сахарного диабета
ПК-6	22	Диагностировать и назначить лечение макрососудистых диабетических осложнений
ПК-6	23	Определить показания к оперативному лечению при островково-клеточных образованиях поджелудочной железы
ПК-6	24	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз и назначить лечение пациентам с акромегалией и гигантизмом
ПК-6	25	Определить тактику лечения (консервативное, хирургическое, лучевая терапия) пролактиномы
ПК-6	26	Выбрать метод лечения различных форм несахарного диабета
ПК-6	27	Назначить и оценить эффективность заместительной гормональной терапии гипопитуитаризма
ПК-8	28	Обучить пациента с сахарным диабетом принципам рационального питания, физической активности, основам терапии и самоконтролю за течением заболевания и проводимой терапией
ПК-8	29	Оценить методы контроля течения сахарного диабета и оценку эффективности проводимой терапии
ПК-8	30	Провести обучающие занятия в школе для пациентов с сахарным диабетом
ПК-8	31	Разработать план лечения и реабилитации больного сахарным диабетом с микро- и макрососудистыми осложнениями
ПК-8	32	Разработать мероприятия первичной и вторичной профилактики диабетических осложнений
ПК-8	33	Заполнить регистр и составить план проведения диспансерного наблюдения за пациентом с впервые выявленным сахарным диабетом
ПК-8	34	Определить методы профилактики сахарного диабета
ПК-8	35	Разработать рекомендациями по врачебно-трудовой экспертизе при сахарном диабете
ПК-8	36	Разработать план лечения и реабилитации больного с аденомой гипофиза

2-й год обучения

ПК-1	37	Определить патогенез и провести дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с тиреотоксикозом
ПК-1	38	Распознавать причины, проявления, провести дифференциальную диагностику синдрома гипотиреоза
ПК-1	39	Выявить причины, назначить обследование пациенту с гормонально-активной опухолью надпочечников
ПК-1	40	Распознать причины, назначить адекватную патогенетическую и заместительную терапию хронической надпочечниковой недостаточности
ПК-3	41	Диагностировать синдром тиреотоксикоза и определить тактику неотложной помощи при тиреотоксическом кризе
ПК-3	42	Определить тактику неотложной помощи при гипотиреоидной коме

ПК-5	43	Провести дифференциальную диагностику узловых образований в щитовидной железе
ПК-5	44	Оценить результаты цитологического исследования пунктата при узловых и воспалительных заболеваниях щитовидной железы
ПК-5	45	Диагностировать гиперпаратиреоз, дифференцировать первичный и вторичный гиперпаратиреоз
ПК-5	46	Провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся гипо- или гиперкальциемией
ПК-5	47	Заподозрить и диагностировать ВИЧ-инфекцию
ПК-5	48	Диагностировать гормонально-неактивные образования надпочечников, определить тактику наблюдения и показания к хирургическому лечению
ПК-5	49	Оценить гормональный профиль, результаты функциональных проб, инструментальных методов исследования надпочечников
ПК-5	50	Разработать тактику ведения пациенток с заболеваниями щитовидной железы при беременности
ПК-5	51	Диагностировать и назначить адекватную неотложную терапию острой надпочечниковой недостаточности
ПК-5	52	Интерпретировать результаты генетического обследования при гипогонадизме
ПК-5	53	Провести дифференциальную диагностику синдрома гиперандрогении, разработать план обследования для уточнения причины гиперандрогении
ПК-5	54	Диагностировать синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфельтера, истинный и ложный гермафродитизм
ПК-5	55	Провести обследование и оценить клинические проявления патологического климактерического синдрома
ПК-5	56	Определить необходимый объем лабораторно-инструментального обследования пациента с ожирением, интерпретировать результаты и установить диагноз
ПК-6	57	Рассчитать гипокалорийную диету пациенту с ожирением
ПК-6	58	Оценить клинические симптомы гипокальциемии, назначить терапию гипопаратиреоза
ПК-6	59	Определить тактику лечения тиреотоксикоза, назначить тиреостатическую терапию, определить показания к хирургическому и радиологическому лечению
ПК-6	60	Заподозрить развитие тиреотоксического криза, оказать врачебную помощь
ПК-6	61	Диагностировать гипотиреоз, назначить адекватную заместительную терапию
ПК-6	62	Определить тактику лечения и наблюдения узлового зоба
ПК-6	63	Назначить лечение гиперпаратиреоза, определить показания к хирургическому лечению
ПК-6	64	Назначить симптоматическую терапию, определить показания и противопоказания для заместительной гормональной терапии при гипогонадизме
ПК-6	65	Выбрать метод лечения при установлении причины гиперандрогении
ПК-6	66	Определить тактику лечения остеопороза
ПК-6	67	Назначить адекватную патогенетическую терапию пациенту с ожирением с учетом показаний, противопоказаний, сопутствующих заболеваний и возможного побочного действия проводимой терапии

ПК-6	68	Составить алгоритм лечения ожирения
ПК-6	69	Определять показания к применению гормональных и других лекарственных препаратов при эндокринных заболеваниях
ПК-7	70	Оказать неотложную помощь пациенту с гиперпаратиреозным кризом
ПК-7	71	Оказать неотложную помощь пациенту с гипопаратиреозным кризом
ПК-7	72	Оказать медицинскую помощь при острых и неотложных состояниях (гипертонический криз, инфаркт миокарда, отек легких, инсульт, астматический статус, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, клиническая смерть, кровотечение и др.)
ПК-7	73	Определить врачебную помощь при ДТП, катастрофах, массовых поражениях людей
ПК-7	74	Разработать план купирования болевого синдрома
ПК-8	75	Разработать план лечения и реабилитации больного с послеоперационным гипотиреозом
ПК-8	76	Выбрать тактику ведения пациенток с эндокринной патологией в период гестации
ПК-11	77	Разработать тактику ведения пациенток с манифестным сахарным диабетом при беременности
ПК-11	78	Оценить факторы риска патологии костной ткани при эндокринных заболеваниях, назначить обследование, интерпретировать его результаты
ПК-11	79	Обучить методам профилактики остеопороза, связанного с эндокринными заболеваниями
ПК-11	80	Определить методы профилактики ожирения
ПК-11	81	Провести обучающие занятия в школе для пациентов с ожирением и метаболическим синдромом
ПК-11	82	Использование во врачебной практике нормативные документы по эндокринологии
ПК-11	83	Провести статистическую обработку данных по основным показателям работы подразделения эндокринологической службы
ПК-12	84	Реализовать стандарты оформления медицинской документации и отчетности
ПК-12	85	Прогнозировать потребность в лекарственных препаратах, обосновать методы планирования лекарственного обеспечения эндокринных больных
ПК-12	86	Вести историю болезни стационарного больного
ПК-12	87	Составить план обследования пациента при эндокринном заболевании
ПК-12	88	Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследований функции эндокринных желез
ПК-12	89	Реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами и пациентами

3.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

а) Список рекомендуемой литературы

Основная:

1. Аметов А.С., Эндокринология [Электронный ресурс] / А.С. Аметов, С.Б. Шустов, Ю.Ш. Халимов, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3613-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436134.html>
2. Мкртумян, А. М. Неотложная эндокринология / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 128 с. ДОП. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-5615-6. - Текст : электронный // URL :

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456156.html>

3. Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. Дедова И. И. , Мельниченко Г. А. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-5083-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450833.html>

Дополнительная литература:

1. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501594.html>
2. Дедов И.И., Детская эндокринология. Атлас [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3614-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436141.html>
3. Шустов, С.Б. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии /С.Б. Шустов – Москва. – ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 272 с. ISBN 978-5-9704-4118-3 –Текст : электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441183.html>
4. Гормоны и гормональные препараты : учеб.-метод. пособие / С. М. Напалкова, Т. П. Генинг, Т. В. Абакумова [и др.]; УлГУ, ИМЭиФК. - Ульяновск : УлГУ, 2014. - Загл. с экрана; Имеется печ. аналог. - Библиогр.: с. 119-120. - Электрон. текстовые дан. (1 файл : 3,69 Мб). - Текст : электронный.- <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/487>
5. Сахарный диабет : научно-практический журнал / Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии; Российская ассоциация эндокринологов. - Москва, 2019-2022. - Выходит 6 раз в год. - Изд. с 1998 г. - Включен в перечень науч. изд., рек. ВАК РФ. - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/67670>.

Учебно-методическая:

1. Слободнюк Н. А. Методические рекомендации по производственной (клинической) базовой практике специальности 31.08.53 «Эндокринология» / Н. А. Слободнюк. - Ульяновск : УлГУ, 2022. - 31 с. - Неопубликованный ресурс. - URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/11538> . - Режим доступа: ЭБС УлГУ. - Текст : электронный.

б) Программное обеспечение

СПС Консультант Плюс
НЭБ РФ
ЭБС IPRBooks
АИБС "МегаПро"
ОС Microsoft Windows
«МойОфис Стандартный»

в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы

1. Электронно-библиотечные системы:

1.1. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». - Саратов, [2022]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.2. Образовательная платформа ЮРАЙТ : образовательный ресурс, электронная библиотека : сайт / ООО Электронное издательство ЮРАЙТ. – Москва, [2022]. - URL: <https://urait.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.3. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : база данных : сайт / ООО Высшая школа организации и управления здравоохранением-Комплексный

медицинский консалтинг. – Москва, [2022]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.4. Большая медицинская библиотека : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Букап. – Томск, [2022]. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/library/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.5. ЭБС Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС Лань. – Санкт-Петербург, [2022]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.6. ЭБС **Znanium.com** : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Знаниум. - Москва, [2022]. - URL: <http://znanium.com> . – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.7. Clinical Collection : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost : [портал]. – URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=1&sid=9f57a3e1-1191-414b-8763-e97828f9f7e1%40sessionmgr102> . – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

1.8. База данных «Русский как иностранный» : электронно-образовательный ресурс для иностранных студентов : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». – Саратов, [2022]. – URL: <https://ros-edu.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

2. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. /ООО «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2022].

3. Базы данных периодических изданий:

3.1. База данных периодических изданий EastView : электронные журналы / ООО ИВИС. - Москва, [2022]. – URL: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

3.2. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека : сайт / ООО Научная Электронная Библиотека. – Москва, [2022]. – URL: <http://elibrary.ru>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный

3.3. Электронная библиотека «Издательского дома «Гребенников» (Grebinnikon) : электронная библиотека / ООО ИД Гребенников. – Москва, [2022]. – URL: <https://id2.action-media.ru/Personal/Products>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

4. Федеральная государственная информационная система «Национальная электронная библиотека» : электронная библиотека : сайт / ФГБУ РГБ. – Москва, [2022]. – URL: <https://нэб.рф>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

5. SMART Imagebase : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost : [портал]. – URL: <https://ebSCO.smartimagebase.com/?TOKEN=EBSCO-1a2ff8c55aa76d8229047223a7d6dc9c&custid=s6895741>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Изображение : электронные.

6. Федеральные информационно-образовательные порталы:

6.1. [Единое окно доступа к образовательным ресурсам](http://window.edu.ru/) : федеральный портал . – URL: <http://window.edu.ru/>. – Текст : электронный.

6.2. [Российское образование](http://www.edu.ru/) : федеральный портал / учредитель ФГАУ «ФИЦТО». – URL: [http://www.edu.ru.](http://www.edu.ru/) – Текст : электронный.

7. Образовательные ресурсы УлГУ:

7.1. Электронная библиотечная система УлГУ : модуль «Электронная библиотека» АБИС Мега-ПРО / ООО «Дата Экспресс». – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.