

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 ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО 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 Государственной итоговой аттестации ординаторов специальности 31.08.53-Эндокринология: методические рекомендации / Н.А. Слободнюк. – Ульяновск: УлГУ, 2022. – 86 с.

Методические рекомендации по Государственной итоговой аттестации для ординаторов специальности 31.08.53-Эндокринология содержат материалы по формам проведения аттестации, вопросы, задачи, перечень практических навыков, тесты, предназначенные для предъявления в процессе государственной итоговой аттестации, а также учебно-методическое и информационное обеспечение для подготовке к государственной итоговой аттестации.

© Слободнюк Н.А., 2022

© Ульяновский государственный университет, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. Форма проведения государственной итоговой аттестации	4
2. Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации.....	8
2.1. Вопросы к государственной итоговой аттестации	8
2.2. Задания для проверки практических навыков выпускников ординатуры, предназначенные для предъявления в процессе государственной итоговой аттестации	11
2.3. Задачи, предназначенные для предъявления в процессе государственной итоговой аттестации	14
2.4. Тесты (тестовые задания) к государственной итоговой аттестации.....	39
3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	84

ВВЕДЕНИЕ

Цель: государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения ординаторами образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Приобретение профессиональных знаний и умений.
2. Формирование у обучающегося клинического мышления.
3. Овладение практическими навыками и компетенциями.

1. Форма проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена. Государственный экзамен проходит в три этапа:

1 этап – междисциплинарное тестирование. Проводится по банку заданий в тестовой форме. Каждый студент отвечает на 60 вопросов из предлагаемых ответов на каждый вопрос 1 ответ правильный. Время для ответа на 1 вопрос в среднем 1 минута, общее время для ответа на 60 вопросов составляет 60 минут. Возможен компьютерный и бумажный вариант выполнения заданий. Результат знаний объявляется студентам в этот же день в виде количественной оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», студент получивший «неудовлетворительно» не допускается к следующему этапу.

2 этап – проверка сформированности компетенций по выполнению практических заданий, позволяющих ординатору демонстрировать умения и навыки. Задания данного этапа оформлены в виде экзаменационного билета. Количество билетов на 1/3 превышает количество сдающих ординаторов. Время для подготовки на II этапе государственного экзамена - 20 мин, время для ответа - 10 мин. Второй этап оценивается отметкой «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

3 этап – собеседование по теоретическим вопросам. На подготовку к ответу дается время 30 минут, для ответа 10 минут. Третий этап оценивается отметкой «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Пример вопросов по государственному экзамену и критерии шкалы оценивания приведены в фонде оценочных средств программы ГИА.

Накануне экзамена проводятся консультации. Экзаменационные билеты разрабатываются на основании программы государственного экзамена в полном соответствии с реализуемыми рабочими программами изучаемых курсов и содержат не менее двух вопросов из разных разделов программы. При подготовке к экзамену обучающийся ведет записи в листе устного ответа. По окончании ответа лист устного ответа, подписанный обучающимся, сдается экзаменатору.

Секретарь государственной экзаменационной комиссии представляет каждому члену комиссии список ординаторов, допущенных к сдаче экзамена и организует выдачу билетов государственного экзамена.

В течение заседания государственной экзаменационной комиссии секретарь ведёт протоколы о сдаче государственного экзамена, в которых фиксируются оценка, особое мнение или замечания комиссии.

В ходе собеседования члены экзаменационной комиссии оценивают целостность профессиональной подготовки выпускника, то есть уровень его компетенции в

использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций. Итоговая оценка выставляется выпускнику после обсуждения его ответов членами экзаменационной комиссии по пятибалльной системе. Решения государственной экзаменационной комиссии принимаются на закрытом заседании большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии обладает правом решающего голоса. Результаты аттестации объявляются выпускникам в тот же день после оформления и утверждения протокола заседания Государственной экзаменационной комиссии. В учебной карточке и зачетной книжке ординатора секретарь государственной экзаменационной комиссии делает запись о сдаче государственного экзамена с указанием оценки. Итоги государственной аттестации выпускников оформляются в виде Отчета председателя о работе государственной экзаменационной комиссии. Отчет заслушивается на Ученом совете Института медицины, экологии и физической культуры. Решение государственной экзаменационной комиссии о присвоении квалификации выпускникам, прошедшим государственную итоговую аттестацию, и выдаче соответствующего диплома о высшем профессиональном образовании объявляется приказом ректора университета.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других исключительных случаях), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации и должен представить в деканат ФПМФО документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающийся, не прошедший одно из государственных аттестационных испытаний по уважительной причине, допускается к сдаче следующего.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки "неудовлетворительно", а также обучающиеся не прошедшие государственное аттестационное испытание в установленный для них срок, отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в Университете на период времени, установленный Университетом, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по соответствующей образовательной программе.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении

государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.
- Решение апелляционной комиссии оформляется протоколом «О рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания».

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи, с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

В случае проведения государственной итоговой аттестации с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий производится оформление протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии о повторной сдаче государственного экзамена в случае удовлетворения апелляции о нарушении процедуры проведения государственного экзамена по установленной форме.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передаётся государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

По вторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом и оформлением протокола «О повторной сдаче

государственного экзамена в случае удовлетворения апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена.

В случае проведения государственной итоговой аттестации с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий производится оформление протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии о повторной сдаче государственного экзамена в случае удовлетворения апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена по установленной форме. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

При проведении государственной итоговой аттестации для инвалидов обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми обучающимся техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме. По письменному заявлению обучающегося инвалида продолжительность сдачи обучающимся инвалидом государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, не более чем на 90 минут;
- продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме, не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья организация обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

Обучающийся, с ограниченными возможностями здоровья, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием особенностей его психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в деканате ФПМФО).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного

аттестационного испытания).

2. Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации

2.1 Вопросы к государственной итоговой аттестации

1	Современная классификация сахарного диабета, критерии диагностики нарушений гликемии, требование к формулировке диагноза
2	Неиммунные формы СД у детей и подростков, определение инсулинорезистентности
3	Климактерический период и менопауза: физиология и патология
4	Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника, лечение
5	Тиреоидиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение
6	Гипотиреоз: этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и терапия
7	Диабетическая нейропатия: классификация, диагностика, лечение болевой формы диабетической нейропатии
8	Этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами
9	Этиология и патогенез сахарного диабета 1 и 2 типов
10	Синдром диабетической стопы: группы риска, классификация, алгоритм местного лечения ран при СДС, профилактика Синдром диабетической стопы: группы риска, классификация, алгоритм местного лечения ран при СДС, профилактика
11	Сахарный диабет и артериальная гипертензия, классификация артериальной гипертензии, мероприятия по изменению образа жизни, алгоритм медикаментозного лечения
12	Остеопороз: факторы риска, клинические проявления, диагностика, подходы к лечению
13	Синдромы преждевременного полового созревания и задержки полового развития
14	Физиология и патология формирования пола. Нарушения половой дифференцировки
15	Диабетическая нейроостеоартропатия: стадии, клинические проявления, лечение
16	Синдром гипогонадизма у мужчин: клинические варианты, дифференциальная диагностика, принципы терапии
17	Ожирение: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение
18	Климактерический период и менопауза: физиология и патология
19	Синдром гиперандрогении у женщин: клинические варианты, дифференциальная диагностика, принципы терапии
20	Возрастной андрогенный дефицит у мужчин
21	Заболеваний артерий нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом: критерии постановки диагноза, неинвазивные методы исследования, профилактика и ведение пациентов
22	Особенности диабетического кетоацидоза у детей и подростков, признаки и симптомы отека головного мозга
23	Особенности СД 2 типа у лиц пожилого возраста, клинические, лабораторные, психосоциальные, функциональные категории пожилых больных
24	Провоцирующие факторы, патогенез, клиника, неотложная помощь при диабетическом кетоацидозе

25	Диабетическая нефропатия, стадии ХБП по уровню СКФ и альбумину, диагностика, мониторинг на различных стадиях ХБП
26	Особенности клиники и ведения пациентов с коморбидной цереброваскулярной патологией
27	Рекомендации по контролю гликемии и лечению у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST/без подъема сегмента ST
28	Сахарный диабет и беременность, критерии диагностики, цели терапии, тактика ведения пациенток
29	Гестационный сахарный диабет, критерии диагностики, целевой уровень гликемии при планировании беременности, тактика ведения пациенток
30	Алгоритм диагностики нарушений углеводного обмена во время беременности, стартовые дозы инсулинов
31	Узловой зоб: дифференциальный диагноз узловых образований щитовидной железы, современные подходы к диагностике и лечению
32	Диагностические пробы в эндокринологии (малая и большая дексаметазоновая пробы, проба с метапироном, с синактеном)
33	Дифференциальная диагностика синдрома гипопаратиреоза
34	Клинические методы обследования в эндокринологии: пальпация щитовидной железы, молочных желез, измерение роста и его оценка, оценка полового развития, оценка степени гирсутизма, оценка чувствительности нижних конечностей
35	Дифференциальная диагностика синдрома гиперпаратиреоза
36	Акромегалия и гигантизм: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
37	Лучевые методы диагностики в эндокринологии
38	Дифференциальный диагноз болезни Иценко-Кушинга и кортикостеромы: подходы к лечению
39	Эндокринная офтальмопатия: диагностика и дифференциальная диагностика, лечение
40	Феохромоцитома и параганглиома. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика и лечение
41	Критерии диагностики и особенности терапии метаболического синдрома
42	Врожденная дисфункция коры надпочечников: клинические варианты, диагностика, лечение
43	Синдром гиперпролактинемии: клиника, дифференциальная диагностика, лечение
44	Пангипопитуитаризм. Этиология, дифференциальная диагностика и терапия
45	Синдром МЭН-1 и МЭН-2 типа: клиника, диагностика, терапия
46	Гормонопродуцирующие опухоли поджелудочной железы: клиника, диагностика, лечение
47	Современные принципы лечения сахарного диабета 1 типа
48	Алгоритм лечения сахарного диабета 2 типа
49	Препараты выбора сахароснижающей терапии при хронической почечной недостаточности, показания к началу заместительной терапии диализом
50	Стратификация лечебной тактики сахарного диабета в зависимости от уровня гликированного гемоглобина в дебюте
51	Показание к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа, варианты инициации инсулинотерапии
52	Инициация, оптимизация и интенсификация инсулинотерапии
53	Алгоритм лечения и дифференциальной диагностики СД у детей и подростков

54	Особенности сахароснижающей терапии у лиц пожилого возраста
55	Диабетическая ретинопатия: основные методы лечения диабетической ретинопатии и диабетического макулярного отека
56	Терапия макрососудистых осложнения сахарного диабета, реваскуляризация миокарда
57	Сахароснижающая терапия при ОКС, показания и тактика инсулинотерапии
58	Особенности сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом с ХСН
59	Диагностика и тактика ведения пациентов с критической ишемией нижних конечностей, угрожающей потерей конечности
60	Ведение родов и послеродового периода при сахарном и гестационном диабете
61	Управление гликемией в периоперационном периоде: целевые уровни глюкозы плазмы, алгоритм коррекции скорости инфузии инсулина
62	Ведение пациентов с сахарным диабетом послеоперационном периоде
63	Метаболическая (бариатрическая) хирургия у пациентов с сахарным диабетом в сочетании с ожирением, послеоперационное ведение пациентов
64	Дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов с аденомой гипофиза
65	Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона: клинические проявления, диагностика, терапия
66	Синдром гиперкортицизма. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз и лечение
67	Первичный гиперальдостеронизм: клиника, диагностика, лечение
68	Особенности назначения лекарственных средств у беременных, классы безопасности лекарственных препаратов
69	Клиническая фармакология препаратов, влияющих на фосфорно-кальциевый обмен: препараты витамина Д, препараты кальция, бисфосфонаты
70	Синдром низкорослости: дифференциальная диагностика, подходы к терапии
71	Хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение
72	Клиника, неотложная помощь при диабетическом кетоацидозе
73	Гипогликемия и гипогликемическая кома: причины, дифференциальная диагностика и неотложная помощь
74	Гиперосмолярное гипергликемическое состояние и гипергликемическая кома: причины, дифференциальная диагностика и неотложная помощь
75	Молочнокислый ацидоз: причина, провоцирующие факторы, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, неотложная терапия
76	Гипотиреоидная кома и тиреотоксический криз: этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь
77	Острая надпочечниковая недостаточность: причины, клиническая картина, дифференциальный диагноз, неотложная помощь
78	Экстренная медицинская помощь при ОКС1 (кардиогенный шок)и ОКС2 (отек легкого)
79	Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по гликированному гемоглобину
80	Рациональные и иррациональные комбинации групп сахароснижающих препаратов
81	Персонализация выбора сахароснижающих препаратов при коморбидной патологии
82	Клиническая фармакология препаратов гормонов щитовидной железы и

	препаратов йода
83	Клиническая фармакология препаратов глюкокортикоидов, минералокортикоидов и половых гормонов
84	Принципы диетотерапии при сахарном диабете, рекомендации по физической активности
85	Реабилитация и мониторинг больных сахарным диабетом 1 и 2 типов
86	Целевые показатели гликемического контроля в детском возрасте, потребность в инсулине в детском возрасте
87	Диабетическая ретинопатия: немодифицируемые и модифицируемые факторы риска, классификация, диагностика
88	Оценка факторов риска и клинические особенности ИБС при сахарном диабете
89	Йоддефицитные заболевания: эпидемиология, патогенез, спектр клинических проявлений, мониторинг, основные принципы профилактики.
90	Ключевые параметры оценки качества данных Федерального регистра сахарного диабета
91	Принципами организационной работы врача эндокринолога, оснащение кабинета врача эндокринолога
92	Экстренная медицинская помощь при анафилактическом шоке
93	Экстренная медицинская помощь при желудочно-кишечном кровотечении
94	Экстренная медицинская помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы
95	Экстренная медицинская помощь при спонтанном пневмотораксе
96	Экстренная медицинская помощь при ОНМК

2.2.Задания для проверки практических навыков выпускников ординатуры, предназначенные для предъявления в процессе государственной итоговой аттестации

№ задачи (задания)	№ и формулировка задания
1	Диагностировать сахарный диабет и другие типы нарушения толерантности к глюкозе
2	Дифференцировать различные патогенетические формы сахарного диабета
3	Дифференцировать коматозные состояния при сахарном диабете
4	Назначить обследования для выявления поздних осложнений сахарного диабета
5	Распознавать проявления и диагностировать другие эндокринные заболевания, сочетающиеся с сахарным диабетом
6	Собрать анамнез, выявить жалобы, оценить состояние пациентов с островково-клеточными образованиями поджелудочной железы (инсулинома, глюкагонома, соматостатинома)
7	Определить необходимый объем лабораторно-инструментального обследования пациентов с островково-клеточными образованиями поджелудочной железы (инсулинома, глюкагонома, соматостатинома)
8	Диагностировать синдром тиреотоксикоза
9	Провести дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с тиреотоксикозом
10	Распознавать проявления и провести дифференциальную диагностику синдрома гипотиреоза

11	Провести дифференциальную диагностику узловых образований в щитовидной железе
12	Оценить результаты цитологического исследования пунктата при узловых и воспалительных заболеваниях щитовидной железы
13	Диагностировать гиперпаратиреоз, дифференцировать первичный и вторичный гиперпаратиреоз
14	Провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся гипо- или гиперкальциемией
15	Провести дифференциальную диагностику кортикостеромы и болезни Иценко-Кушинга
16	Собрать анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с акромегалией и гигантизмом
17	Назначить обследование пациенту с акромегалией или гигантизмом
18	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз при синдроме гиперпролактинемии
19	Собрать анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с гипопитуитаризмом; назначить обследование пациенту с гипопитуитаризмом
20	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз при гипопитуитаризме
21	Собрать жалобы, анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с синдромом гиперпролактинемии
22	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз несахарного диабета
23	Собрать жалобы, анамнез, оценить клинические симптомы у пациентов с несахарным диабетом
24	Назначить обследование пациенту с полиурией
25	Диагностировать гормонально-неактивные образования надпочечников, определить тактику наблюдения и показания к хирургическому лечению
26	Назначить обследование пациенту с гормонально-активной опухолью надпочечников
27	Оценить гормональный профиль, результаты функциональных проб, инструментальных методов исследования надпочечников
28	Диагностировать синдром гиперкортицизма
29	Диагностировать и назначить адекватную патогенетическую и заместительную терапию хронической надпочечниковой недостаточности
30	Диагностировать и назначить адекватную неотложную терапию острой надпочечниковой недостаточности
31	Интерпретировать результаты генетического обследования при гипогонадизме
32	Провести дифференциальную диагностику синдрома гиперандрогении, разработать план обследования для уточнения причины гиперандрогении
33	Диагностировать синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфельтера, истинный и ложный гермафродитизм
34	Провести обследование и оценить клинические проявления патологического климактерического синдрома
35	Определить необходимый объем лабораторно-инструментального обследования пациента с ожирением, интерпретировать результаты и установить диагноз
36	Рассчитать гипокалорийную диету пациенту с ожирением
37	Диагностирование ВИЧ-инфекции
38	Провести обследование пациента с подозрением на остеопороз с низкой,

	промежуточной, высокой вероятностью перелома, и ожирении
39	Знать алгоритмы специализированного лечения больных сахарным диабетом
40	Назначить рациональную терапию сахарного диабета (питание, инсулинотерапия, пероральные сахароснижающие препараты, физические нагрузки)
41	Определить показания к применению сахароснижающих препаратов различных групп
42	Назначить лечение микрососудистых осложнений сахарного диабета
43	Диагностировать и назначить лечение макрососудистых диабетических осложнений
44	Определить показания к оперативному лечению при островково-клеточных образованиях поджелудочной железы
45	Определить тактику лечения тиреотоксикоза, назначить тиреостатическую терапию, определить показания к хирургическому и радиологическому лечению
46	Заподозрить развитие тиреотоксического криза, оказать врачебную помощь
47	Диагностировать гипотиреоз, назначить адекватную заместительную терапию
48	Определить тактику лечения и наблюдения узлового зоба
49	Назначить лечение гиперпаратиреоза, определить показания к хирургическому лечению
50	Оказать неотложную помощь пациенту с гиперпаратиреоидным кризом
51	Оценить клинические симптомы гипокальциемии, назначить терапию гипопаратиреоза
52	Оказать неотложную помощь пациенту с гипопаратиреоидным кризом
53	Провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз и назначить лечение пациентам с акромегалией и гигантизмом
54	Определить тактику лечения (консервативное, хирургическое, лучевая терапия) пролактиномы
55	Выбрать метод лечения различных форм несахарного диабета
56	Назначить и оценить эффективность заместительной гормональной терапии гипопитуитаризма
57	Назначить симптоматическую терапию, определить показания и противопоказания для заместительной гормональной терапии при гипогонадизме
58	Выбрать метод лечения при установлении причины гиперандрогении
59	Определить тактику лечения остеопороза
60	Назначить адекватную патогенетическую терапию пациенту с ожирением с учетом показаний, противопоказаний, сопутствующих заболеваний и возможного побочного действия проводимой терапии
61	Стандарт лечения ожирения
62	Определять показания к применению гормональных и других лекарственных препаратов при эндокринных заболеваниях
63	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.)
64	Первую врачебную помощь при ДТП, катастрофах, массовых поражениях людей
65	Купирование болевого синдрома
66	Обучить пациента с сахарным диабетом принципам рационального питания, физической активности, основам терапии и самоконтролю за течением

	заболевания и проводимой терапией
67	Оценить методы контроля течения сахарного диабета и оценку эффективности проводимой терапии
68	Вести обучающие занятия в школе для пациентов с сахарным диабетом
69	Разработать план лечения и реабилитации больного сахарным диабетом с микро- и макрососудистыми осложнениями
70	Разработать мероприятия первичной и вторичной профилактики диабетических осложнений
71	Проводить диспансерное наблюдение больного с сахарным диабетом
72	Определить методы профилактики сахарного диабета
73	Пользование рекомендациями по врачебно-трудовой экспертизе при сахарном диабете
74	Разработать план лечения и реабилитации больного с аденомой гипофиза
75	Разработать план лечения и реабилитации больного с послеоперационным гипотиреозом
76	Обучить методам профилактики йоддефицитных заболеваний
77	Оценить факторы риска патологии костной ткани при эндокринных заболеваниях, назначить обследование, интерпретировать его результаты
78	Обучить методам профилактики остеопороза, связанного с эндокринными заболеваниями
79	Определить методы профилактики ожирения
80	Провести обучающие занятия в школе для пациентов с ожирением и метаболическим синдромом
81	Обучение самоконтролю и технике выполнения подкожных инъекций пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов с разным целевым уровнем гликированного гемоглобина
82	Принципами организационной работы врача эндокринолога
83	Использование во врачебной практике нормативные документы по эндокринологии
84	Провести статистическую обработку данных по основным показателям работы подразделения эндокринологической службы
85	Стандарты оформления медицинской документации и отчетности
86	Прогнозирование потребности в лекарственных препаратах, обосновать методы планирования лекарственного обеспечения эндокринных больных
87	Вести историю болезни стационарного больного
88	Составить план обследования пациента при эндокринном заболевании
89	Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследований функции эндокринных желез
90	Реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами и пациентами

2.3. Задачи, предназначенные для предъявления в процессе государственной итоговой аттестации

№ Задачи (задания)	№ задания и формулировка вопроса
1	Пациент К., 55 лет, при нецеленаправленном проведении биохимического анализа крови выявлена гипергликемия натощак 7,5 ммоль/л. Жалобы на эпизоды недомогания, в целом ведет активный, но малоподвижный образ жизни,

	<p>руководитель нотариальной конторы. Избыточный вес - с молодости. Прибавил 15 кг за последние 6 лет, когда перешел на нынешнюю работу. Питается в основном в вечерние часы, когда возвращается домой в 20:00-21:00, частые банкеты. Алкоголь употребляет крепкий до 3-4 раз в неделю. Курит около 20 сигарет в день. Артериальное давление периодически повышается с 40 лет, в последние 3 года чаще составляет 150/90 мм рт.ст. При осмотре - ожирение по верхнему типу, в остальном без особенностей, вес 107 кг, ИМТ 32 кг/м².</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
2	<p>Пациент П., 65 лет, диагноз сахарного диабета установлен 12 лет назад. Набрал избыточный вес в основном за последние 20 лет, сейчас весит 87 кг при ИМТ 28,5 кг/м², питается неразборчиво и вкусно, двигается мало. Артериальная гипертензия на протяжении 15 лет, 6 лет назад перенес транзиторную ишемическую атаку без формирования неврологического дефицита. Жалобы: боли в ногах, снижение чувствительности, низкая толерантность к физическим нагрузкам. Получает гипотензивную терапию тремя препаратами (эналаприл, амлодипин, гипотиазид) с удовлетворительным эффектом - АД до 140/90 мм рт.ст. На протяжении заболевания получал почти постоянно метформин с различными комбинациями сахароснижающих препаратов (и ДПП4, глимепирид, глибенкламид). В последнее время получает метформин 2000 мг в сутки и глибенкламид 1,75 мг утром и перед ужином. На протяжении последних 5 лет почти постоянно принимает розувостатин 10 мг/сут, последний показатель ЛПНП 1,7 ммоль/л. В последние 3 месяца отмечает тенденцию к ухудшению компенсации диабета: гликемия в течение дня 10 - 13 ммоль/л, гипогликемических состояний не бывает. Гликемия натощак 7,2 ммоль/л, HbA1C 8,4%. При обследовании - HbA1C 7,2%, триглицериды 3,5 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
3	<p>Пациентка Г., 58 лет, диагноз сахарный диабет установлен 5 лет назад во время диспансеризации, Избыточный вес с 43 лет, после менопаузы прибавила 8 кг с 48 лет, сейчас её вес составляет 87 кг (ИМТ 28,5 кг/м²). Питание в основном во вторую половину дня. Пробовала разные диеты с последующим нарастанием массы тела. На протяжении 8 лет принимает гипотензивную терапию (валсартан и амлодипин) с хорошим эффектом (АД 130/80 мм рт.ст.). При постановке диагноза диабета определялась преимущественно гипергликемия натощак, исходно 7,0 - 8,0 ммоль/л. На протяжении анамнеза заболевания принимает метформин 2000 мг в сутки. Периодически то назначался, то отменялся гликлазид. В последние 2 года принимает аторвастатин (20 мг/сут), ЛПНП 1,9 ммоль/л. С начала года отмечает ухудшение самочувствия, утомляемость, боли в ногах, особенно в ночное время. При осмотре – ожирение по смешанному типу, снижение вибрационной чувствительности, в остальном без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
4	<p>Женщина 55 лет обратилась к эндокринологу с результатами УЗИ ЩЖ: суммарный объем 17,5 см куб, эхогенность не изменена. В левой доле узел размерами 10x12x17 мм, с четкими контурами. Объективно: правильного</p>

	<p>телосложения, нормального питания. Щитовидная железа не увеличена. Признаков нарушения функции щитовидной железы нет. Гемодинамика без особенностей. ТТГ, тиреоидные гормоны в норме.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
5	<p>Больная К, 50 лет. Жалобы на потемнение кожных покровов, выраженную слабость, раздражительность, тошноту, рвоту, поносы, чувство тяжести в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, снижение аппетита, потерю массы тела за последний месяц на 10 кг. В течение последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось: усилились пигментация, слабость, исчез аппетит, появились сильные боли в животе, сопровождающиеся рвотой и жидким стулом. При осмотре: рост - 163 см, вес - 46 кг. Кожа сухая, бронзового цвета, выраженная пигментация в местах трения одеждой, в области ладонных складок кистей рук. Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца несколько уменьшены в размерах, тоны сердца приглушены, АД 80/50 мм.рт.ст. Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит, частые ОРВИ. В 30 летнем возрасте был длительный контакт с больным туберкулезом.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
6	<p>Больная Б., 26 лет доставлена в клинику машиной скорой помощи с диагнозом гипогликемическая кома. Сознание восстановилось после введения 40 мл 40% раствора глюкозы. Из анамнеза известно, что сахарным диабетом страдает с 11 лет, когда стали беспокоить жалобы на нарастающую жажду, прогрессирующую потерю массы тела, тошноту, рвоту с последующим развитием кетоацидотической комы. Была госпитализирована в стационар по месту жительства, где назначена базис-болюсная инсулинотерапия человеческими инсулинами (Актрапид, Протафан, дозы не помнит). С 23 лет пациентка переведена на аналоги инсулина (НовоРапид, Лантус). На фоне получаемой инсулинотерапии колебания уровня гликемии 1,0-30 ммоль/л в течение суток с частыми эпизодами гипогликемии с потерей сознания. За весь период заболевания стойкой компенсации углеводного обмена не достигалось. Нарушение распознавания гипогликемий в течение последних 2 лет. Освоила подсчет углеводов по системе ХЕ, принципы расчета доз инсулина, купирования гипо- и гипергликемий, однако полученные навыки на практике не применяла. Из анамнеза известно, что протеинурия впервые выявлена в 19 лет во время беременности, лечение не получала. Предъявляет жалобы на колебания уровня гликемии от 1,0 до 30 ммоль/л, на общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, резкое снижение остроты зрения. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеки на лице, ногах. ЧДД - 24 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс ритмичный, 98 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД -190/110 мм рт ст.. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, чувствительна при пальпации. Рост 170 см, вес 70 кг. В общем анализе крови: гемоглобин- 70 г/л, СОЭ 40 мм/час. В биохимическом анализе: глюкоза – 9,6 ммоль/л, общий белок – 40 г/л, мочевина – 23</p>

	<p>ммоль/л, креатинин – 245мкмоль/л, холестерин – 7,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: относительная плотность – 1008, белок – 1 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты-10-15 в поле зрения, эритроциты-6-8 в поле зрения.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
7	<p>Пациентка Г. 50 лет поступила в тяжелом состоянии. При осмотре кожные покровы бледные нормальной влажности. Выраженные отеки на лице, ногах. ЧДД - 28 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс неправильный, около 100 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД - 220/120 мм рт ст.. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, чувствительна при пальпации. Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена преимущественно по абдоминальному типу. Диурез за последние сутки 200-300 мл. Рост 159 см. Вес 90 кг. Жалобы на выраженную общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, головную боль, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что сахарный диабет 1 типа верифицирован в возрасте 29 лет, на фоне избыточной массы тела, жалоб на полидипсию, полиурию. Гипергликемия составлял 17 ммоль/л. Пациентке были назначены диета и Манинил, однако декомпенсация сахарного диабета сохранялась: снижалась масса тела на 20кг в течение года, появился кетоацидоз. В 30 лет пациентке в отделении реанимации, назначена инсулинотерапия в базис-болюсном режиме. Обучена технике введения инсулина, оценки углеводов по системе ХЕ, расчету доз инсулина, однако режим инсулинотерапии не соблюдала, показатели сахара крови не контролировала. Со слов больной, белок в моче выявлялся с момента дебюта сахарного диабета на фоне хронической инфекции мочевых путей. Регулярно принимала канефрон, фитолизин и антибиотики широкого спектра при обострении. С 40 лет стойкая протеинурия, артериальная гипертензия, отечный синдром. Пациентка соблюдала низкобелковую диету, получала гипотензивную и диуретическую терапию. В 45 лет повышение уровня креатинина достигло 300 мкмоль/л, снижение СКФ до 15 мл/мин. Диагностирована артериальная гипертензия, анемия, назначены препараты железа, верифицирована диабетическая ретинопатия обоих глаз, пролиферативная стадия. Проводились лазерная коагуляция сетчатки. В общем анализе крови: гемоглобин-80 г/л, СОЭ 50мм/час. В биохимическом анализе: глюкоза-15,6 ммоль/л, общий белок-0 г/л, мочевины-28ммоль/л, креатинин-452мкмоль/л, холестерин- 9,5 ммоль/л, калий –6,8ммоль/л, натрий – 148ммоль/л. Диуреза при поступлении нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
8	<p>Больная С., 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на избыточную массу тела, одышку при физической нагрузке, потливость, храп. Из анамнеза известно, что избыточный вес отмечается с раннего детства. Пациентка не следит за режимом питания. При опросе удалось выяснить, что пациентка предпочитает продукты, содержащие большое количество легкоусвояемых углеводов, полуфабрикаты, мясные продукты из жирных сортов мяса. Данные семейного анамнеза – родители девушки страдали ожирением. Отец умер от ОИМ в возрасте 60 лет, мать – от рака эндометрия. Пациентка</p>

	<p>состоит в браке в течение 5 лет. Детей нет. У мужа от первого брака есть дочь. Данные объективного осмотра: Рост – 170 см; вес – 110 кг; Объем талии – 86см. Отмечается равномерное отложение жира. На коже грудных желез, боковых поверхностей живота, внутренней поверхности бедер – множественные узкие бледные стрии. Щитовидная железа не увеличена. Функция ее не нарушена. Пульс 75 в мин, ритмичный. АД-120/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в объеме за счет избыточно развитой подкожно-жировой клетчатки. Данные лабораторных методов исследования: Пероральный глюкозотолерантный тест: гликемия натощак – 5,5 ммоль/л; через 2 часа, после приема 75 г глюкоза- 8 ммоль/л).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
9	<p>Больной М. 32 лет страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 8 лет. Регулярно посещает эндокринолога в поликлинике, инсулинотерапию получает по интенсифицированной схеме. В связи неудовлетворительной компенсацией углеводного обмена, на последнем приеме эндокринолог провел коррекцию доз инсулина ультракороткого и пролонгированного действия. В настоящий момент получает Лантус 20 Ед на ночь, НовоРапид по 10Ед утром, 8 Ед в обед и 6 Ед в ужин, плюс 2-4 Ед на коррекцию гипергликемии в течение дня (дозы ультракороткого инсулина указаны приблизительные, расчет ведется по ХЕ). В течение последнего месяца, больной стал отмечать гипергликемию в утренние часы. Данные дневника самоконтроля: • 23.00 – 7,4ммоль/л • 3.00 – 3,5 ммоль/л • 6.00 – 14,8 ммоль/л • 9.00 - 16,7 ммоль/л Кроме того, на приеме пациент пожаловался на то, что очень сильно потеет в ночное время, подушка и постельное белье мокрые. Иногда ночью испытывает голод. Просыпается разбитый, с головной болью. При объективном осмотре: Рост – 178 см Вес – 76 кг Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 120/70 мм рт.ст. Пульс – 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Число дыхательных движений 18 в минуту. Границы легких не изменены. При аускультации, дыхание везикулярное, хрипов нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
10	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на снижение работоспособности, сонливость, умеренную слабость, снижение памяти, запоры. В последнее время, стала отмечать поредение и потускнение волос, снижение настроения. Из анамнеза известно, что женщина наблюдается у гинеколога по поводу первичного бесплодия, муж обследован, здоров. Кроме того, пациентка неоднократно обращалась к ЛОР-врачу с жалобами на появление охриплости голоса. При объективном осмотре обращает на себя внимание сухость и бледность кожных покровов, отечность лица, обеднение мимики. На вопросы врача отвечает медленно, односложно. При аускультации сердца тоны приглушены. Границы сердца в пределах нормы. Пульс – 50 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/70 мм рт.ст. При пальпации щитовидная железа увеличена в размере, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. По результатам УЗИ отмечается диффузное снижение эхогенности ткани железы. Размеры</p>

	<p>щитовидной железы: перешеек – 0,4 см; правая доля – 2,7-2,5-3 см; левая доля – 3,2-2,8-2,8 см. В гормональном исследовании крови- ТТГ – 10 мМЕ/л (0,4-4); Т4св.–8 пмоль/л (10,5-22), пролактин – 950 мЕд/л (40-600); АТ к ТПО – 1292 Ед/мл (0-30); АТ к ТГ – 87 Ед/мл (0-65)</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
11	<p>Больная А, 25 лет. Жалобы на выраженную общую и мышечную слабость, одышку при ходьбе, периодические боли в области сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, увеличение объёма живота, бёдер, появление горбика на спине у основания шеи, выполнение подкожно-жировой клетчаткой надключичных ямок, избыточный рост волос на лице, руках, округление лица, появление румянца на щеках, на коже внутренней поверхности бёдер - полос багрового цвета, появление подкожных гематом по передней поверхности голеней при минимальном воздействии травматических факторов, нарушение менструального цикла, повышение уровня артериального давления максимально до 150/100 мм.рт.ст., сопровождающееся головокружением. Считает себя больной 5 лет, когда, нарушился менструальный цикл, появились головные боли, тогда же выявлена артериальная гипертензия. В последующем возникли сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание. Объективно: повышенного питания с преимущественным отложением жира в верхней половине грудной клетки, живота. Отеки голеней и стоп. Лицо багрового цвета. Усилен рост волос над верхней губой, в подбородочной области и на боковых поверхностях лица. Кожа сухая с мраморным оттенком. В подмышечных областях и на боковых поверхностях живота широкие полосы багрово-красного цвета, стрии. Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 160 и 100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
12	<p>Больная Ф. 38 лет поступила с жалобами на прибавку массы тела с отложением жира преимущественно в области живота и лица, похудение рук и ног, сильную мышечную слабость, избыточный рост волос на руках и лице, выпадение волос на голове, широкие багровые полосы на коже живота и молочных желез, сухость кожи, образование на теле синяков после незначительных ушибов, пигментацию на коже живота; боли в поясничном и шейном отделах позвоночника, тазобедренных суставах при ходьбе, отсутствие менструаций в течение 2-х лет, нарушение сна, жажду, сухость во рту, частое мочеиспускание, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение артериального давления максимально до 160/110, отеки голеней, усиливающиеся к вечеру, тяжесть в ногах, головную боль. Из анамнеза известно, что прибавка массы тела с преимущественным отложением жира в области живота, округление лица, прекращение менструаций, избыточный рост волос на теле, нарушение сна, мышечная слабость впервые стали беспокоить около 2 лет назад. Через 1 год отметила ухудшение состояния - усилилась мышечная слабость, повысилось АД до 160/110 мм рт.ст., появились эпизоды сердцебиения, сильно</p>

	<p>прибавила в весе (около 10 кг). Еще через полгода стала отмечать отеки голеней, усиливающиеся к вечеру, появились боли в тазобедренных суставах при ходьбе, периодические боли в поясничном и шейном отделе позвоночника. Тогда впервые обратилась за медицинской помощью. По данным лабораторно-инструментального обследования выявлено повышение кортизола крови до 1013 нмоль/л (140.0-600.0), АКТГ - 142,7 пг/мл (7.2-63.3), кортизол в суточной моче 1731 нмоль/л. Малая дексаметазоновая проба отрицательная (снижение кортизола крови до 713,9 нмоль/л), большая дексаметазоновая проба положительная (снижение кортизола крови с 1020 нмоль/л до 168,2 нмоль/л). При осмотре обращает на себя внимание: распределение подкожной жировой клетчатки преимущественно в области живота и лица, руки и ноги худые, «лунообразное» лицо, красновато - багровые стрии до 0,5 см шириной на коже молочных желез и живота, области гиперпигментации на коже верхнего отдела живота, пятнисто-папулезные высыпания красноватого цвета на руках, ногах, «климактерический» горбик, отеки голеней. Рост 159см. Масса тела 65кг. ИМТ 25,71кг/м². АД165/110, Пульс 84 в мин.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
13	<p>Больная К, 23 года, жительница Брянской области, отмечает увеличение объема шеи с 14 летнего возраста. Объективно: состояние удовлетворительное, при осмотре отмечается увеличение объема шеи видимое на глаз, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненное. Дыхание везикулярное, свободное, ЧДД 16 в мин. Пульс 78 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 125/80 мм.рт.ст. Со стороны органов пищеварения, мочевого выделения без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
14	<p>Больная Л 54 года. Жалобы на снижение памяти, общую слабость, снижение настроения, сухость кожных покровов, прибавку массы тела при сниженном аппетите, периодически возникающую тяжесть в правом подреберье, тошноту, запоры. Наблюдается у терапевта по поводу желчнокаменной болезни. Объективно: рост 162 см, масса тела 84 кг. Пациентка медлительна, забывчива, выглядит старше своих лет. Лицо бледно-желтушного оттенка, отечность верхних и нижних век. Кожа сухая. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Пульс 56 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца несколько расширены. Тоны сердца приглушены. АД 110/90 мм.рт.ст. При обследовании: ОАК - НВ 105г/л, эр- 3.5*10¹², лейкоц- 4.6*10⁹, тр-286* 10⁹, СОЭ - 10мм/ч. Биохимический анализ крови – креатинин- 78мкмоль/л, мочевины 6.0ммоль/л, глюкоза- 4.1ммоль/л, холестерин -6.8ммоль/л, АСТ-24ЕД/л, АЛТ-18ЕД/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.

15	<p>Больной М. 70 лет обратился к хирургу с жалобами на длительно незаживающую язву у основания пальцев правой стопы. Из анамнеза - страдает сахарным диабетом в течение 8 лет, получает пероральную сахароснижающую терапию – ГалвусМет 50/1000 мг 2 раза в сутки. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Рост 170см, вес 86кг. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в мин. АД 135/80мм.рт.ст, живот мягкий, безболезненный. Отмечается клювовидная деформация пальцев стоп. В проекции головки 1-й плюсневой кости правой стопы отмечается язвенный дефект размером 2х3см с серозным отделяемым, края раневого дефекта утолщенные. Кожа стоп при пальпации теплая, сухая, пульсация на а.рedis снижена, отмечается снижение болевой, тактильной и температурной чувствительности. Глюкоза крови при самоконтроле натощак до 8 ммоль/л, после еды до 13ммоль/л. Гликированный гемоглобин 7,6%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
16	<p>Больной Н, 71 год с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа (около 12 лет) находится на пероральной сахароснижающей терапии: Диабетон МВ 60мг 1т, Метформин 1000мг 2р/д. Длительно страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД до 170/100 мм.рт.ст, получает гипотензивную терапию. После физической нагрузки почувствовал резкую слабость, одышку, изжогу. Несмотря на отдых, состояние не улучшалось. В связи с нарастанием одышки была вызвана СМП, которая зафиксировала низкие цифры артериального давления -90/70мм.рт.ст, гипергликемию -12,1 ммоль/л. Было проведено ЭКГ - синусовая тахикардия с ЧСС 98 в 1 мин, подъем сегмента ST. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Со стороны органов дыхания и пищеварения без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
17	<p>Больной Н, 78лет. Жалобы на общую слабость, головокружение, снижение памяти, шаткость походки, гипогликемические состояния до 3.2ммоль/л возникающие в течение дня, перед сном. Сахарный диабет 2 типа более 25 лет, находится на комбинированной терапии- инсулин среднего действия утром 14ЕД, на ночь 10ЕД, метформин 850мг 2р/д, манинил 3.5мг по 1т 2р/д. Длительно страдает гипертонической болезнью максимальными цифрами АД до 200/100мм.рт.ст, полгода назад перенес ОНМК. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Рост 170см, вес 90кг. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 145/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены. При обследовании: биохимический анализ крови – мочевины 10ммоль/л, креатинин 135мкмоль/л, СКФ 43 мл/мин/1.73м2. глюкоза - 5.9ммоль/л, АЛТ-23ЕД/л, АСТ-17ЕД/л, холестерин 7.1ммоль/л, ТГ-2.1ммоль/л. Глюкоза крови при самоконтроле: Натощак – 6.4ммоль/л, Перед обедом - 3.5ммоль/л, Через 2 часа после еды - 9.6ммоль/л. Перед сном - 4.8ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз.

	<p>2. Обоснуйте план обследования.</p> <p>3. Назначьте лечение.</p>
18	<p>Больная 35 лет жалуется на сердцебиение, периодические перебои в работе сердца, слабость, похудание на 5 кг за последний месяц, раздражительность, чувство жара в теле. Объективно: кожа влажная, теплая, бархатистая, экзофтальм, (+) симптом Мари. Щитовидная железа при пальпации увеличена до II ст. по ВОЗ, плотноватая, безболезненная. ЧСС 114 уд/мин, пульс - 96 в мин, аритмичный. АД 150/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, аритмичные.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
19	<p>Женщина 65 лет поступила в стационар в сопорозном состоянии. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, на вопросы не отвечает, отмечается гипертонус мышц кистей и стоп. При лабораторном обследовании: гликемия – 2,3ммоль/л. Со слов родственников- сахарный диабет 2 типа в течение 5 лет. Получает Манинил 3,5 мг по 2 таб. 2 раза в день, этим утром не завтракала.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
20	<p>У 29-летнего мужчины с акромегалией 1,5 года назад произведена микроаденомэктомия трансфеноидальным доступом. В настоящее время уровень СТГ остаётся повышенным 2,6 нг/мл (целевой уровень менее 1 нг/мл) и не снижается при пробе с нагрузкой глюкозой.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
21	<p>47-летняя женщина жалуется на постепенное развитие жажды и полиурии, снижение веса. Суточное количество потребляемой и выделяемой жидкости – 5-6 литров. Удельный вес мочи=1003-1006. Осмоляльность плазмы – 320 мосм/л (норма 285-300), АД=120/80 мм рт ст, ЧСС=76 в мин. Кожные покровы без видимых изменений, поля зрения сохранены, неврологических нарушений не выявлено. Глюкозурия отсутствует, электролиты сыворотки в норме. При МРТ данных за поражение гипофиза нет, область нейрогипофиза без светлого пятна.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
22	<p>Больная И. 23 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение. Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание</p>

	<p>везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
23	<p>Пациентка 23 лет наблюдается в женской консультации с диагнозом: беременность 26 недель. Встала на учет на сроке беременности 6 недель. При первом обращении к врачу гликемия натощак – 4,9 ммоль/л (плазма венозной крови). Жалоб не предъявляет. Пациентка отмечает, что с 15-летнего возраста масса тела была избыточной. ИМТ до беременности – 32,5 кг/м² (рост -165 см, масса тела – 88 кг). При проведении глюкозотолерантного теста на сроке 26 недель, результаты следующие: натощак – 5,0 ммоль/л, через 1 час после приема 75 г глюкозы – 10,7 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
24	<p>При плановой диспансеризации мужчины 23 лет показатель глюкозы в крови натощак составил 7,1 ммоль/л. Данные перорального теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы в крови натощак - 7,3 ммоль/л, через 2ч после нагрузки глюкозой - 12,3 ммоль/л. При исследовании С-пептида в крови последний оказался на верхней границе референсных значений. Антитела к островковым клеткам и глутаматдекарбоксилазе отсутствовали. Из анамнеза известно, что мать, бабушка по материнской линии, бабушка по линии отца страдают сахарным диабетом 2 типа. Объективно: телосложение правильное, распределение подкожной клетчатки преимущественно по абдоминальному типу. Рост 178 см, вес- 96 кг. АД 124/70, пульс 77 в мин. ЧД 14 в мин. По органам и системам без особенностей. Показатели общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи – без особенностей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
25	<p>Больной К., 60 лет, обратился к терапевту с жалобами на периодически возникающее онемение пальцев стоп, болезненные судороги в икроножных мышцах, чаще в ночное время. Указанные жалобы появились и стали прогрессировать около 2-х лет назад, к врачу не обращался. Из анамнеза известно, что мать пациента и ее родная сестра страдали сахарным диабетом 2 типа. Мать пациента умерла 4 года назад от обширного инфаркта миокарда. Объективно: рост 175 см, масса тела 98 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Легкая пастозность стоп. При осмотре стоп обращает на себя внимание сухость кожи, деформация пальцев по типу «когтеобразных» пальцев. Видимых трофических нарушений нет. Пульсация на артериях dorsales pedis at tibiales posterior сохранена. Сердечно - сосудистая система: пульс 80 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения; левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; тоны сердца</p>

	<p>приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 160 и 90 мм рт. ст. Со стороны органов дыхания, пищеварения и мочевого выделения без отклонения от нормы. При обследовании: Уровень глюкозы крови натощак-6,3 ммоль/л (по плазме). HbA1c-7,2%. В биохимическом анализе крови: холестерин общий - 6,8 ммоль/л, ЛПНП-4,5 ммоль/л, ЛПОНП-2,3 ммоль/л, ЛПВП-0,8 ммоль/л, ТГ-3,4 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л. Консультация окулиста: множественные микроаневризмы, незначительное количество точечных кровоизлияний, извитость венул, полнокровие вен.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
26	<p>Больная Л, 34 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке. Последние три месяца отмечает сухость во рту, жажду, обильное учащенное мочеиспускание (до 7 раз днем и 4 раз ночью). Аппетит нормальный. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов.</p> <p>Развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные. Любит сладости. Отец и мать страдают ожирением 2 ст. Младший брат имеет ожирение 1ст. У эндокринолога не наблюдается. Полгода назад проводился глюкозотолерантный тест: натощак - 6,4 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 11,4 ммоль/л. Объективно: Рост - 165 см, масса тела - 98 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное, окружность талии 95 см. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона над аортой. АД - 145/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, болезненная при пальпации. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена. Дополнительные исследования. В общем анализе крови без особенностей. В биохимическом анализе крови: общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин - 84,2 мкмоль/л, триглицериды - 4,7 ммоль/л, АЛТ - 30 МЕ/л, АсАТ - 28 МЕ/л, ЛПВП - 0,8 ммоль/л, ЛПНП - 4,92 ммоль/л/ Глюкозотолерантный тест: уровень глюкозы в крови натощак - 6,4 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой - 12,4 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
27	<p>Пациентка 52 лет последний месяц почувствовала утомляемость, сердцебиение, появилась субфебрильная температура, дрожь в руках, плохой сон. Их анамнеза известно, что больна около 2-х лет, когда впервые был выявлен диффузный токсический зоб, принимала тиамазол, на фоне лечения состояние нормализовалось. Через 18 месяцев прекратила прием препарата. Больная сама прошла УЗИ щитовидной железы и сдала ТТГ. На УЗИ V = 44 см³, структура железы гипэхогенная, кровоток железы несколько усилен. ТТГ - 0,08 0,05 мкМЕ/мл.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
28	<p>Пациентка 36 лет, беременность 7 недель. При скрининговом обследовании выявлено: гликемия натощак - 9,2 ммоль/л (плазма венозной</p>

	<p>крови), HbA1c – 7,3%. Из анамнеза известно, что родилась с массой тела 4300г, мать страдает сахарным диабетом 2 типа. В течение последних 3-4-х месяцев отмечает слабость, сухость во рту, жажду (выпивает до 3,5-4,0 л жидкости в сутки), учащение мочеиспускания. Существенной потери массы тела не было. Рост 170 см, вес 98 кг.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
29	<p>Больной 44 года поступил в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, боли в костях. В анамнезе мочекаменная болезнь. При осмотре деформация позвоночника по типу кифосколиоза. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 2, 8 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 0,6 ммоль/л. ЭКГ: укорочение интервала QT, расширение QRS. На УЗИ почек - конкременты до 12мм обеих почек.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
30	<p>На приеме у врача-терапевта участкового пациент М. 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу-терапевту участковому для назначения лечения. Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объем талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет. Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок –75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
31	<p>Больной 60 лет жалуется на общую слабость, депрессию, костные и суставные боли, трудности при ходьбе, полиурия. При лабораторном обследовании: кальций сыворотки крови 2,7 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 0,43 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). На обзорной рентгенограмме коленных суставов - истончение субхондральных хрящей. ЭКГ: укорочение интервала QT, расширение QRS.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
32	<p>Пациентка В. 29 лет июле 2019г. прооперирована по поводу узлового зоба. Принимает заместительную терапию в дозе 50 мкг левотироксина. Вскоре стала отмечать подергивание мышц верхних и нижних конечностей, чувство жара, боли в сердце, сердцебиение, снижение памяти, сухость кожи, ломкость ногтей, изъязвление эмали зубов, плохой рост волос. Объективно: кожа сухая, обычного цвета, участки гиперкератоза. Отмечаются положительные симптомы</p>

	<p>Труссо, Хвостека, Вейса. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 1, 5 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 2,9 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). ЭКГ: удлинение интерва Q-T, расширение QRS. Паратириоидный гормон (ПТГ)-0,9нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
33	<p>Пациентка Ж 43 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на судороги в ногах и мышечную слабость. Считает себя больной около двух лет, когда впервые появились судорожные подергивания. При измерении АД, накачивании воздуха в манжете у больной появились судороги в руке (рука акушера, т.е. симптом Труссо). При поколачивании по ходу лицевого нерва отмечалось сокращение мимической мускулатуры лица. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови -1, 4 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 3,0 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). ЭКГ: удлинение интерва Q-T, расширение QRS, тахикардия. Паратириоидный гормон (ПТГ)-0,8нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
34	<p>Пациентка И. 67 поступила в неврологическое отделение с жалобами на сильные боли в спине. Из анамнеза: последний год появились боли в костях и суставах, судороги конечностей, аритмия, учащенные сердцебиения, выпадение волос, несколько раз за год посещала стоматолога по поводу кариеса зубов. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 1, 6 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 1,8 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). Паратириоидный гормон (ПТГ) - 0,8нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л). ЭКГ: удлинение интерва Q-T, расширение QRS, желудочковая экстрасистолия. КТ грудного отдела позвоночника: выявлен перелом 8 грудного позвонка.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
35	<p>Больная К 58 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в правой ноге. При рентгенографии: перелом шейки правого бедра, явояения выраженного остеопороза. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 2, 9 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 0,3 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). Паратириоидный гормон (ПТГ) - 9,8нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л). ЭКГ: удлинение интерва Q-T, расширение QRS, синусовая тахикардия. КТ грудного отдела позвоночника: остеопороз грудного и поясничного отделов позвоночника.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
36	<p>Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала корвалол, седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное,</p>

	<p>температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
37	<p>Больная 38 лет с диффузный токсический зоб предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается вусторонний экзофтальм, больше справа, инъецированность склер.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
38	<p>Пациентка М. 30 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, учащенные сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м². Кожные покровы теплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи. Общий анализ крови: эритроциты – 3,9, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – 6,4, тромбоциты – 311, СОЭ – 16 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. УЗИ щитовидной железы: объем железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток. Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
39	<p>Больная И. 23 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение. Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные.</p>

	<p>Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.</p> <p>Вопросы: Вопросы: 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.</p>
40	<p>Больной М. 44 лет на приеме у врача-терапевта участкового жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отек. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный. При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14мМЕ/л (норма 0,4-4мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (10 пмоль/л-25 пмоль/л, анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл). Общий анализ крови: эритроциты - 3,5?10, лейкоциты - 5,8, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.</p> <p>Вопросы: 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.</p>
41	<p>Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ -28), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отечность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела - 36,3°С. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам. По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, холестерин - 9,4 ммоль/л, триглицериды- 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ - 48, ТТГ-15,3 мЕ/л.</p> <p>Вопросы: 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.</p>
42	<p>В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти,</p>

	<p>сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ -27,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД- 105/60 мм рт. ст. По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин -7,8 ммоль/л, триглицериды- 4,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
43	<p>Больная И. 54 лет, секретарь-референт, обратилась на прием к врачу с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкокоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост - 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, теплые. Периферических отеков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс -118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД- 130/60 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отечный экзофтальм с двух сторон. Гормональный профиль: ТТГ = 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 = 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0). Записана ЭКГ: ЧСС -116 в минуту, ритм синусовый.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
44	<p>Пациентка П. 31 года, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъемы температуры до 37,1°C, снижение массы тела на 5 кг. Из анамнеза известно, что больна около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев стала ощущать повышение температуры до 37,2°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах. Объективно: состояние удовлетворительное, суетливая, рост- 162 см, вес-55 кг. Кожные покровы телесного цвета, диффузно влажные, теплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелкокоразмашистый тремор вытянутых рук, языка. Отечность век. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС - 108 в минуту, АД - 130/55 мм рт. ст. Пальпация живота безболезненная. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии, диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-). При лабораторных исследованиях: общий анализ крови: СОЭ - 15 мм/час, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 5,6; глюкоза плазмы -</p>

	<p>6,61 ммоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, общий билирубин - 17,5 ммоль/л; холестерин – 3,3 ммоль/л, ТТГ - 0,035 мкМЕ/мл, Т4св - 40 пкмоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
45	<p>Больная М. 36 лет, продавец, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отеки лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев. Из анамнеза: считает себя больной в течение последнего года. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост- 163 см. Вес -66 кг. Температура тела - 36,1°С. Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отеки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту.</p> <p>Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (++) . Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55 в минуту, АД = 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55 в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы – отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. ЩЖ не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные. При исследованиях выявлены следующие данные: ОАК: эритроциты - 3,2; гемоглобин - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. ОАМ: желтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл. УЗИ щж: V общ. – 6,3 см³. Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
46	<p>Больная П. 35 лет обратилась на консультативный прием в поликлинику с жалобами на сонливость, слабость, пастозность лица, сухость кожных покровов, запоры. Из анамнеза заболевания: данные симптомы беспокоят в течение последние 5 месяцев. Полгода назад была прооперирована по поводу диффузного токсического зоба. С этого времени к врачам не обращалась, лечения не получала. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие. Пастозность лица, отпечатки зубов на языке. Отеков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии легких над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в</p>

	<p>минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС -55 в минуту. АД - 95/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Лактореи нет. Результаты исследования. Общий анализ крови: эритроциты - 3,3; гемоглобин-105 г/л, лейкоциты - 6,4; эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 4 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ – 21 Ед/л, Na – 139 ммоль/л, К – 4,2 ммоль/л, Fe – 4,7 мкмоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 0 см³, V лев. доли – 1,1 см³, V общ. – 1,1 см³. Нормальной эхогенности. Структура диффузно-неоднородная, узловые образования не определяются. ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 56 в минуту, ЭОС горизонтальная. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
47	<p>Больная К. 60 лет. Обратилась на консультативный прием в поликлинику с жалобами на запоры, осиплость голоса, снижение памяти, слабость, сонливость, пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов. Из анамнеза известно: данные симптомы беспокоят в течение последних 12 месяцев. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, гиперкератоз локтей. Пастозность лица, умеренные плотные отеки нижних конечностей (стопы, голеностопный сустав, верхняя треть голени). Стрий, гирутизма нет. При перкуссии легких над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 60 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, узловых образований не определяется. Лактореи нет. Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - 3,8; гемоглобин-122 г/л, лейкоциты - 5,9; эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар – отр., эпителий-2в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,4 ммоль/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ – 19 Ед/л, Na – 142 ммоль/л, К – 3,9 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 3,0 см³, V лев. доли – 2,1 см³, V-общ.-5,1см³, эхогенность повышена. Выраженная диффузно-неоднородная структура, узловых образований не определяется.ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 59 в минуту, ЭОС вертикальная. Определяется умеренное снижение вольтажа зубцов. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 26,7 мкМЕ/мл. Т4своб – 6,1 пмоль/л, АТ к ТПО – 271 Ед/мл, АТ к тиреоглобулину – 310мкг/мл.</p>

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
48	<p>Больная В. 42лет жалуется на дрожь в руках, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 5 кг за последние пол года при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, раздражительность, повышение АД. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала эналаприл 10 мг в день; состояние не улучшилось. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,3°C. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли, мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный. АД-145/70 мм. рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
49	<p>Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД -155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
50	<p>Мужчина А. 48 лет, обратился на прием к терапевту поликлиники с жалобами на головные боли диффузного характера. Выявлена артериальная гипертензия: АД сидя -150/95 мм рт. ст. АД лежа -165/100 мм рт. ст. При обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты, микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии; глюкоза крови натощак - 10,1 ммоль/л, в случайное время дня - 15,0 ммоль/л. Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, не обследовался. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков, стрий нет. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 88 см, вес-107 кг, рост</p>

	<p>- 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в легких ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД- 175/90 мм рт. ст., ЧСС – 100 в минуту. Левая граница сердца расширена на 1 см влево, верхняя и правая - в норме. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены. Проведено УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля-183 мм (КВР:130-150), левая доля - 90 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднен. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68-28 мм, стенка - 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП- 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка-48 см² (до 50) не изменена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
51	<p>Больная Н. 36 лет поступила в плановом порядке в терапевтическое отделение, с жалобами на головокружение при вставании с постели, выраженную мышечную слабость, снижение массы тела на 5 кг в течение 2 месяцев. Из анамнеза жизни: 2 месяца назад на фоне ОРВИ ухудшилось общее состояние, стала беспокоить общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру, отметила потемнение кожи, снижение аппетита. Объективно: масса тела - 54 кг, рост - 169 см. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно лица, складок шеи, ладонных складок, послеоперационного рубца после аппендэктомии. Слизистая полости рта гиперпигментирована. Кожа умеренно влажная. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.</p> <p>Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловых образований не пальпируются. Общий анализ крови: эритроциты - 3,7; гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 4,0; эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018, белок – 0,01 г/л, сахар – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические показатели: АСТ - 21 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, мочевины – 6,3 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,6 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л, хлор - 97 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 79 в мин. ЭОС – вертикальная. Без патологии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования.

	3. Назначьте лечение.
52	<p>Больная В. 45 лет поступила в стационар по направлению врача-терапевта. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкая слабость, изменение внешности. Из анамнеза: за последние 5 лет после прекращения менструаций заметно изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объеме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась невропатологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась терапевтом по поводу АГ (максимальное 170/100 мм.рт. ст.) Объективно: рост -175, вес-110 кг, ИМТ -35,9 . Больная выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки, ее избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, геморрагии на локтях, животе. В подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бедрах - багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 92 в минуту. АД-90/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Лабораторное исследование. ОАК: эритроциты – 5,3; гемоглобин -135 г/л, лейкоциты -10,2; палочкоядерные нейтрофилы -10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 12%, моноциты - 2%, эозинофилы – 0%, СОЭ - 3 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,7 ммоль/л, К⁺ - 2,5 ммоль/л, Na – 170 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 42 МЕ, общий белок - 57 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,25, лейкоциты ++. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС = 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ. При рентгенологическом обследовании черепа и позвоночника выявлены выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника. При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
53	<p>Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению врача-терапевта. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, усиливающиеся при движении, резкая слабость. Из анамнеза: последние полгода стал отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объеме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Обращался к неврологу в связи с болями в пояснице. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Эналаприл 5 мгх2 р/сут. Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес 95 кг. ИМТ-36,7. Больной выглядит старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: ее избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена. На животе - багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 88 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет</p>

	<p>подкожной жировой клетчатки. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются. Результаты исследований. ОАК: эритроциты-5,3; гемоглобин -135 г/л, лейкоциты -10,2; палочкоядерные нейтрофилы-10%, сегментоядерные нейтрофилы-73%, лимфоциты-12%, моноциты-4%, эозинофилы - 1%, СОЭ-3 мм/ч. БХ: глюкоза - 11,2 ммоль/л, К⁺-3,1 ммоль/л, Na-140 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 33 МЕ, общий белок - 67 г/л. ОАМ: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ. Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника. УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объеме.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
54	<p>Больной 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца. Из анамнеза заболевания: 2 года назад больной проходил лечение в туберкулезном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацилирован. Находится на 2 группе диспансерного учета. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости в теле, появились вышеперечисленные симптомы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумы не выслушиваются. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лежа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС – 88 ударов в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налетом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются. ОАК: Нв -110; Эритроциты- 3.2.; лейкоциты - 3.8; э-5; б-нет; п-2; с-44; л-47, м-2, СОЭ-15мм/ч. ОАМ - без патологии. АЛТ-21; АСТ-16; глюкоза-3,4; мочевины - 6,3, калий -5,9; натрий -139, хлор-90; креатинин-95. На рентгенографии ОГК: признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза. КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, с участками кальцификации.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз.

	<p>2. Обоснуйте план обследования.</p> <p>3. Назначьте лечение.</p>
55	<p>Женщина 35 лет. За последний год отмечает прибавку веса на 10 кг. Беспокоит мышечная слабость, боли в позвоночнике, умеренная жажда и полиурия, изменение внешнего вида – произошло перераспределение жира: много жира на животе, мало на конечностях, уменьшилась мышечная масса, лицо красное, рост волос на лице и конечностях, легко возникают синяки. В течение полугода нет месячных. Артериальная гипертензия - АД 180/100 мм рт. ст. Состояние удовлетворительное. Питание избыточное, вес - 92 кг, рост - 168 см, окружность талии - 100 см. Много жира на верхней половине туловища, животе, мало на конечностях. Кожа сухая, широкие багровые стрии на боковой поверхности туловища. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. АД - 180/90 мм рт. ст. Тоны приглушены. Дыхание везикулярное. Отеков нет. Клинический анализ крови: гемоглобин – 168 г/л, эритроциты - 5,4; лейкоциты - 10,5; СОЭ - 12 мм/ч. Глюкоза в плазме натощак – 8,4 ммоль/л, общий холестерин - 7,2 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, К – 3,8 ммоль/л, Na – 145 ммоль/л, Ca++ 1,01 ммоль/л. В суточной моче свободный кортизол – 1028 ммоль/л (норма до 250 ммоль/л). Уровень кортизола в плазме в 22.00 – 648 ммоль/л. Ночной подавительный тест с 1 мг и 8 мг Дексаметазона – подавления секреции кортизола не произошло. Уровень АКТГ в плазме крови значительно ниже нормы. МРТ области надпочечников – выявлена аденома левого надпочечника 4 см.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
56	<p>Больная С. 63 лет поступила в стационар с жалобами на головные боли, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, резкая мышечная слабость. Из анамнеза: последние полгода стала отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объеме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Состоит на учете по поводу артериальной гипертензии. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Энам 5 мгх2 р/сут. Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 159 см. Вес 86 кг. ИМТ-35,7. Больной выглядит старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: ее избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена. На животе - багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 89 в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожной жировой клетчатки. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловых образований не пальпируются. Результаты исследований. ОАК: эритроциты-5,3; гемоглобин -160 г/л, лейкоциты -10,2; палочкоядерные нейтрофилы-9%, сегментоядерные нейтрофилы-74%, лимфоциты-13%, моноциты3%, эозинофилы - 1%, СОЭ-5 мм/ч. БХ: глюкоза - 9,2 ммоль/л, К+-3,2 ммоль/л, Na-139 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, Са - 3,2 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 33 МЕ, общий белок - 67 г/л. ОАМ: реакция - щелочная, удельный вес - 1032, сахар ++, белок - 0,05, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 88 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические</p>

	<p>изменения миокарда ЛЖ. Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника. УЗИ надпочечников: оба надпочечника значительно увеличены в объеме.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
57	<p>Больной 44 лет предъявляет жалобы на выраженную мышечную слабость в конечностях головокружение, снижение аппетита,. Последнюю неделю стали беспокоить тошнота и боли в животе, сопровождающиеся диареей и эпизоды рвоты. Отмечает снижение массы тела на 7 кг за последние 2 месяца. Из анамнеза заболевания: 2 года назад выявлена ВИЧ инфекция, по поводу этого принимает лечение. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела - 55 кг, рост - 177 см. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумы не выслушиваются. АД - 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, в положении сидя - 70/40 мм рт. ст. ЧСС – 89 ударов в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налетом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловое образование не пальпируются.ОАК: Нв -101; Эритроциты- 3.0; лейкоциты - 2.8; э-5;б-нет; п-2; с-54; л-37, м-2, СОЭ-18мм/ч.ОАМ - без патологии. АЛТ-31;АСТ-28; глюкоза-3,3; мочевины - 7,3, калий -5,8; натрий -139, хлор-90;креатинин-100. КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, очаги пониженной эхогенности в структуре.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
58	<p>Мужчина 50 лет, много лет работает главным бухгалтером, обратился на прием к терапевту с жалобами на головные боли диффузного характера, которые появляются внезапно, сопровождающиеся головокружением, повышенной потливостью, дрожью в теле, чувством страха смерти. Назначенная терапевтом антигипертензивная терапия эналаприлом 10 мг х 2 раза в день - неэффективна. Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, за это время похудел на 8 кг, не обследовался. Глюкоза крови натощак - 5,4 ммоль/л, во время криза до 8,5 ммоль/л. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков, стрий нет. Слизистые чистые. Вес-76кг, рост - 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в легких ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД сидя -150/90 мм рт. ст. АД лежа - 170/100 мм рт. ст. , ЧСС – 100 в минуту. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p>

	<p>Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул и диурез не изменены. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Проведено УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени -150 мм (КВР:130-150), левая доля - 90 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок не изменен. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68-28 мм, стенка - 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП- 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка-48 см² (до 50) не изменена. При обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты. В проекции правого надпочечника образование неправильной формы 30x27мм.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
59	<p>Пациентка Н. 28 лет в течение трех лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг преднизолона утром и 2,5 мг в 16.00, флудрокортизон по 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью. Объективно: состояние тяжёлое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
60	<p>Женщина Г. 58 поступила в неврологическое отделение по скорой медицинской помощи. Из анамнеза сама вызвала "скорую медицинскую помощь" с жалобами на головную боль, рвоту, парестезии в верхних и нижних конечностях. По приезду скорой медицинской помощи пациентка лежала на полу в судорожном синдроме. Объективно: женщина в сознании, рот замкнут, углы рта опущены, брови сведены, спина выгнута, ноги выпрямлены (симптом конской стопы), руки приведены к туловищу и согнуты (симптом руки акушера). Кожа на ощупь сухая. Оказана помощь, введен противосудорожный препарат Реланиум в/в. Пациентка доставлена в стационар по cito. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 1,8 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 1,9 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). ЭКГ: удлинение интерва Q-T, нарушения ритма, тахикардия. КТ: выявлены кальцификаты в базальных ганглиях. Дополнительно определены: паратириоидный гормон (ПТГ) - 0,3нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л). Кальцитонин-5моль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
61	<p>Пациентка 26 лет с сахарным диабетом 1 типа, находящаяся на помповой инсулинотерапии, поступила в отделение реанимации без</p>

	<p>сознания. Объективно: состояние тяжелое, сухость кожных покровов, снижение тонуса глазных яблок, АД 80/55 мм ртст, Пульс – 100 в мин, Дыхание Куссмауля. Резко выражен запах ацетона изо рта. При анализе мочи ацетон +++, при анализе крови рН 7,15, глюкоза крови 17,5 ммоль/л, калий- 3,4 ммоль/л (3,5-5,5), креатинин- 76 мкмоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
62	<p>Пациентка 78 лет жарким летом найдена родственниками в квартире без сознания. Со слов родных пациентка много лет страдает сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, получает таблетированную сахароснижающую терапию. На прошлой неделе врач назначил новый мочегонный препарат. При измерении глюкозы посредством глюкометра – показатель “High”. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации. При анализе крови глюкоза составила 56 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л, калий – 4,0 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.
63	<p>Больной С., 24 лет. Диагноз сахарный диабет установлен около 5 лет назад. Доставлен в клинику бригадой скорой помощи с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное и обильное мочеиспускание, боли в поясничной области. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 178 см, масса тела 60 кг. Кожа сухая, тургор снижен. Дыхание учащенное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 105/60 мм.рт.ст. Язык сухой, малиновый. Запах ацетона изо рта. В общем анализе крови: гемоглобин - 110 г/л, СОЭ - 40 мм/час. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 28 ммоль/л, мочевины – 16 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л. В общем анализе мочи: глюкозурия, относительная плотность – 1010, белок – 1 г/л, лейкоциты покрывают поле зрения. Бактерии +. Кетоны в моче +++. Осмотрен окулистом. На глазном дне при офтальмоскопии: микроаневризмы, единичные петехиальные кровоизлияния.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте план обследования. 3. Назначьте лечение.

2.4. Тесты (тестовые задания) к государственной итоговой аттестации

№	№ задания и формулировка вопроса
1	<p>Клинические синдромы наиболее характерны для тиреотоксического криза:</p> <p>А) синдром сердечно-сосудистой недостаточности Б) гиперпродукция тепла В) синдром поражения ЦНС +Г) все вышеперечисленное</p>
2	<p>Причины гиперпролактинемического гипогонадизма:</p> <p>А) пролактиномы (макроаденомы и микроаденомы) Б) идиопатическая гиперпролактинемия +В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного</p>

3	<p>Андрогены секретируются надпочечниками</p> <p>+А) в сетчатой зоне</p> <p>Б) в клубочковой зоне</p> <p>В) в пучковой зоне</p> <p>Г) в параганглиях</p> <p>Д) в мозговом слое</p>
4	<p>Синтез белка усиливает</p> <p>А) кортизол</p> <p>Б) адреналин</p> <p>+В) инсулин</p> <p>Г) тироксин</p> <p>Д) альдостерон</p>
5	<p>Для несахарного диабета характерно:</p> <p>А) гипотоническая полиурия с выделением мочи более 2 л/м² в сутки у взрослых</p> <p>Б) выделение мочи более 40 мл/кг в сутки у старших детей</p> <p>В) относительная плотность мочи менее 1005 г/л</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
6	<p>Причины первичной аменореи:</p> <p>А) синдром Шерешевского–Тернера</p> <p>Б) дисгенезия гонад и пороки развития репродуктивной системы</p> <p>В) гипопитуитаризм врожденный и опухоли ЦНС</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
7	<p>Увеличение надбровных дуг, ушных раковин, носа, губ, языка наблюдается при:</p> <p>+А) акромегалии</p> <p>Б) диффузном токсическом зобе</p> <p>В) сахарном диабете</p> <p>Г) феохромоцитоме</p>
8	<p>МРТ области турецкого седла проводится для диагностики:</p> <p>+А) акромегалии</p> <p>Б) гипотиреоза</p> <p>В) сахарного диабета</p> <p>Г) все перечисленное</p>
9	<p>При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза до закрытия зон роста скелета развивается:</p> <p>А) акромегалия</p> <p>+Б) гигантизм</p> <p>В) сахарный диабет</p> <p>Г) феохромоцитомы</p>
10	<p>При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза после закрытия зон роста скелета развивается:</p> <p>+А) акромегалия</p> <p>Б) гигантизм</p> <p>В) гипотиреоз</p> <p>Г) феохромоцитомы</p>
11	<p>Причины, вызывающие гипокальцемию:</p> <p>А) синдром Иценко-Кушинга</p> <p>+Б) гипопаратиреоз</p> <p>В) дефицит витамина РР</p> <p>Г) гиперпаратиреоз</p>
12	<p>15. Какие причины вызывают гипокалиемию:</p> <p>А) кровопотеря</p> <p>Б) неукротимая рвота</p>

	+В) понос и полиурия Г) обильное потоотделение
13	Характерные для гипокальциемии изменения на ЭКГ: А) укорочением интервала QT, расширение комплекса QRS +Б) удлинение интервала QT, депрессия сегмента ST, заострение или инверсия зубца Т В) ничего из перечисленного Г) все перечисленное
14	Для гипокальциемического криза характерно: А) нет изменения уровня паратиреоидного гормона в крови +Б) снижение уровня паратиреоидного гормона в крови В) повышение уровня паратиреоидного гормона в крови Г) все перечисленное
15	Мобилизация кальция из костной ткани также может быть спровоцирована: А) длительной иммобилизацией Б) беременностью В) разрушением костной ткани в результате злокачественных опухолей в кости +Г) все перечисленное
16	Клинические симптомы ожирения: +А) избыточная масса тела, одышка Б) зябкость, запоры В) жажда, полиурия Г) экзофтальм, тахикардия
17	Характерные для гиперкальциемии изменения на ЭКГ: +А) укорочением интервала QT, расширение комплекса QRS Б) удлинение интервала QT, депрессия сегмента ST, заострение или инверсия зубца Т В) все перечисленное
18	Диагностика гипокальциемического криза: А) снижении уровня общего и ионизированного кальция Б) снижение паратиреоидного гормона в крови В) повышение фосфора в крови +Г) все перечисленное
19	В классификации гипокальциемического синдрома выделяют: А) нарушение гормональной регуляции кальций-фосфор-магниевый обмен Б) функциональная гипокальциемия В) токсигенная и ятрогенная гипокальциемия +Г) все перечисленное
20	Триггером развития диффузного токсического зоба: +А) психическая травма, инфекция Б) голодание, гиповитаминозы В) переедание, злоупотребление алкоголем Г) курение, переохлаждение
21	Тахикардия, экзофтальм, тремор наблюдаются при: А) гипотиреозе +Б) диффузном токсическом зобе В) сахарном диабете Г) эндемическом зобе
22	Первичный гиперпаратиреоза проявляется следующими основными синдромами: А) сердечно-сосудистые нарушения Б) почечный В) нервно-мышечных нарушений

	Г) гиперкоагуляции +Д) все перечисленное
23	Диагностика гиперкальциемического криза: А) повышение уровня общего и ионизированного кальция Б) повышение паратиреоидного гормона в крови В) снижение фосфора в крови +Г) все перечисленное
24	При диффузном токсическом зобе наблюдается: А) вялость Б) заторможенность +В) раздражительность Г) сонливость
25	Отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз (симптом Грефе) наблюдается при: А) гигантизме Б) гипотиреозе +В) диффузном токсическом зобе Г) сахарном диабете
26	Первичный гиперпаратиреоза проявляется следующими основными синдромами: А) психоневрологических нарушений Б) синдром дегидратации В) синдром нарушения терморегуляции + Г) все перечисленное
27	При диагностике узловых заболеваний щитовидной железы важное значение имеет: А) общий анализ крови Б) общий анализ мочи +В) ультразвуковое исследование Г) рентгенологическое исследование
28	Клинические симптомы болезни Иценко-Кушинга: А) полидипсия, полиурия Б) брадикардия, сонливость В) тахикардия, экзофтальм +Г) гипертензия, «лунообразное» лицо
29	Феохромоцитома развивается при патологии: А) гипофиза +Б) надпочечников В) поджелудочной железы Г) щитовидной железы
30	Болезнь Иценко-Кушинга развивается при патологии: +А) гипофиза Б) щитовидной железы В) поджелудочной железы Г) половых желез
31	Резкие подъемы и падения АД наблюдаются при: А) гигантизме Б) гипотиреозе В) сахарном диабете +Г) феохромоцитоме
32	У больных с нарушенной толерантностью к глюкозе через 2 часа после проведения стандартного глюкозотолерантного теста уровень глюкозы в цельной капиллярной крови: А) менее 7,8 ммоль/л

	<p>Б) более 11,1 ммоль/л +В) более или равно 7,8, но менее 11,1 ммоль/л Г) все перечисленное</p>
33	<p>Проведение стандартного глюкозотолерантного теста предусматривает все перечисленные действия, кроме: А) определение уровня гликемии натощак Б) расчет нагрузки глюкозой В) определение гликемии через 2 часа +Г) определение уровня гликемии через 4-6 часов</p>
34	<p>К критериям показателя целевого уровня гликемии является: А) глюкоза плазмы натощак +Б) уровень гликогемоглобина В) GAD - антитела Г) глюкоза плазмы через 2 часа после еды</p>
35	<p>Основными категориями педагогики являются: +А) Образование, воспитание, обучение, развитие Б) Образование, социализация, воспитание, формирование В) Задачи педагогики, функции педагогики, методы педагогического исследования Г) Образование, воспитание, педагогический процесс, педагогическая деятельность</p>
36	<p>Жесты, мимика и пантомимика - это средства общения: А) оптико-кинетические Б) паралингвистические В) экстралингвистические +Г) пространственно-временные</p>
37	<p>Один из основных механизмов межличностного восприятия в общении, характеризующийся пониманием и интерпретацией другого человека путем отождествления себя с ним, называется: А) социально-психологическая рефлексия Б) стереотипизация В) эмпатия +Г) Идентификация</p>
38	<p>Сущность обучения это: А) Обучение – это передача знаний и организация опыта творческой деятельности учащихся. Б) Обучение – это организация познавательной деятельности учащихся. +В) Обучение – это два сопряженных вида деятельности преподавания и учения, направленных на решение учебных задач, в результате которых учащиеся овладевают знаниями, умениями и навыками, развивают свои личностные качества</p>
39	<p>Наука, изучающая закономерности воспитания человека: А) Физиология Б) Психология В) Генетика +Г) Педагогика</p>
40	<p>Развитие – это: А) Целенаправленное формирование личностных качеств воспитанника +Б) Позитивные количественные и качественные изменения в личности воспитанника В) Накопление опыта творческой деятельности воспитанника</p>
41	<p>Назовите автора разработки концепции психически здорового человека и теории человеческой мотивации: +А) А. Маслоу Б) К. Роджерс</p>

	В) З.Фрейд Г) Платонов
42	Синдром эмоционального выгорания – это: +А) специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи Б) эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию В) инфекционное заболевание Г) равнодушное отношение к окружающему
43	Сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких либо функций называется: +А) адаптацией Б) компенсацией В) реабилитацией Г) социализацией
44	Важными психологическими качествами для формирования коммуникативной компетентности врача являются: А) профессиональные знания врача Б) определенный тип темперамента и свойства характера +В) аффилиация, эмпатия, эмоциональная стабильность Г) тревога, депрессивность, глубокая интровертированность
45	32. Синдром эмоционального выгорания – это: +А) специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи Б) эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию В) инфекционное заболевание Г) равнодушное отношение к окружающему
46	Важными психологическими качествами для формирования коммуникативной компетентности врача являются: А) профессиональные знания врача Б) определенный тип темперамента и свойства характера +В) аффилиация, эмпатия, эмоциональная стабильность Г) тревога, депрессивность, глубокая интровертированность
47	Личность в большей степени проявляет себя через: А) Особенность темперамента Б) Правила и нормы поведения +В) Особенности поведения в типичных ситуациях Г) Психические состояния личности
48	Системообразующим фактором психологии трудового коллектива является: А) психологический климат Б) организационно-управленческая структура В) социально-психологический характер межличностных отношений +Г) совместная трудовая деятельность
49	К педагогическим составляющим деятельности врача относят: А) обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам Б) передача личного профессионального опыта коллегам В) формирование у пациента ответственного отношения к лечению Г) участие в просветительских программах +Г) все перечисленное
50	Социализация личности обучающегося – это: А) Оптимизация условий воспитания +Б) Процесс и результат овладения индивидуумом социального опыта В) Процесс взаимодействия с социальной средой

	Г) Выявление социально значимых качеств личности учащегося
51	Сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких либо функций называется: +А) адаптацией Б) компенсацией В) реабилитацией Г) социализацией
52	В группу риска развития синдрома диабетической стопы входят все перечисленные, за исключением; А) пациенты с дистальной полинейропатией Б) лица с заболеваниями периферических сосудов В) больные с деформациями стоп любого генеза +Г) пациенты, перенесшие гипогликемию Д) слепые и слабовидящие
53	К провоцирующим факторам развития гипогликемии относят все перечисленные, кроме: А) недостаточное содержание углеводов в пище Б) передозировка инсулина В) физические нагрузки +Г) недостаточное введение инсулина
54	Профилактический медицинский осмотр граждан включает в себя: А) расчет на основании антропометрии и измерение артериального давления Б) исследование уровня общего холестерина в крови В) определение уровня глюкозы в крови Г) определение относительного сердечно-сосудистого риска +Д) все перечисленное
55	К III группе здоровья при диспансерном осмотре относятся: А) граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания Б) граждане, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний В) граждане с подозрением на наличие этих заболеваний нуждающиеся в дополнительном обследовании +Г) все перечисленное
56	При диспансеризации флюорографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше проводят с частотой: А) 1 раз в 3 года Б) каждый год +В) 1 раз в 2 года Г) 1 раз в полгода
57	Диспансерное обследование пациентов включает: А) электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год; Б) измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год; В) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин +Г) все перечисленное
58	К I группе здоровья при диспансерном осмотре относятся: А) граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания Б) отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске В) не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний

	(состояний) +Г)все перечисленное
59	Ко II группе здоровья при диспансерном осмотре относятся: А) граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания Б)граждане, имеющие факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске В)граждане, с ожирением и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ +Г)все перечисленное
60	К IIIа группе здоровья при диспансерном осмотре относятся: А)граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания Б)граждане, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной В)граждане, которым требуется высокотехнологичная, медицинская помощь, или с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний) +Г)все перечисленное
61	Диспансеризация граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно проводится: А) 1 раз в 3 года +Б) каждый год В) 1 раз в 2 года Г) 1 раз в полгода
62	Диспансеризация граждан в возрасте 65 лет и старше проводится: А) 1 раз в 3 года +Б) каждый год В) 1 раз в 2 года Г) 1 раз в полгода
63	По результатам диспансеризации формируется: +А) 3 группы Б) 1 группа В) 2 группы Г) 4 группы
64	Диспансеризация граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно проводится: +А) 1 раз в 3 года Б) каждый год В) 1 раз в 2 года Г) 1 раз в полгода
65	Диспансеризация пациента в сахарным диабетом на 1-2 стадии ХБП включает: А)контроль АД Б)контроль липидов В)контроль гликемии Г)контроль железа, ферритина +Д)все перечисленное
66	Диспансеризация пациента в сахарным диабетом на 3 стадии ХБП включает: А)контроль АД, липидов Б)контроль гликемии В)контроль железа, ферритина Г)контроль кальция, фосфора, ПТГ, витамина D +Д)все перечисленное
67	Диспансеризация пациента в сахарным диабетом на 4 стадии ХБП включает: А)ЭКГ, глазное дно

	<p>Б) контроль гликемии В) контроль железа, ферритина Г) контроль кальция, фосфора, ПТГ, витамина D +Д) все перечисленное</p>
68	<p>Подготовка к трансплантации органов больных сахарным диабетом: А) сахарный диабет не является противопоказанием к трансплантации органов (почки или почки в сочетании с поджелудочной железой) +Б) сахарный диабет является противопоказанием к трансплантации органов (почки или почки в сочетании с поджелудочной железой) В) пациентам с СД 1 типа после изолированной трансплантации почки целесообразен режим постоянной подкожной инфузии инсулина с помощью инсулиновой помпы (при отсутствии противопоказаний) Г) Изолированная трансплантация поджелудочной железы нецелесообразна для лечения СД</p>
69	<p>При проведении исследований с внутривенным введением йодосодержащих рентгеноконтрастных препаратов необходимо: +А) использовать применения высокоосмолярных препаратов Б) использовать минимально возможную дозу рентгеноконтрастного препарата В) отменить метформин, нестероидные противовоспалительные средства, иНГЛТ-2, иАПФ/БРА, диуретики, потенциально нефротоксичные препараты за 48 ч до и после процедуры Г) адекватная гидратация пациента с использованием физиологического раствора до, во время и после проведения исследования (1 мл/кг/ч) и оценить СКФ через 48 - 96 часов после исследования</p>
70	<p>Основные задачи диспансеризации у больных сахарным диабетом: А) изменение образа жизни, повышение физической активности Б) отказ от курения В) сбалансированная диета +Г) все перечисленное</p>
71	<p>Контроль при диспансеризации у больных сахарным диабетом не включает: А) достижение целевых показателей АД +Б) достижение целевых показателей калорийности пищи В) достижение целевых показателей уровня холестерина ЛНП (ХЛНП) Г) достижение целевых показателей уровня гликемии и гликированного гемоглобина</p>
72	<p>Факторы риска эндокринологических больных не влияющие на развитие ИБС: +А) артериальная гипотензия Б) физическая активность В) дислипидемия (снижение ХЛВП и повышение триглицеридов) Г) семейный анамнез по ИБС (94 см у мужчин и > 80 см у женщин)</p>
73	<p>Факторы риска больных сахарным диабетом, влияющие на развитие ИБС: А) артериальная гипертензия (более 140/85 мм рт.ст.) Б) табакокурение (на текущий момент, в прошлом и интенсивность) В) ХБП (уровень креатинина плазмы (СКФ) и анализ мочи на альбумин) +Г) все перечисленное</p>
74	<p>Модификация образа жизни больных сахарным диабетом в сочетании с ИБС включает: А) прекращение курения +Б) диета с увеличением калорийности В) общее содержание жиров в питании следует снизить 10% от общей калорийности Г) Содержание пищевых волокон должно быть >40 г/день (или 20 г/1000 ккал/день)</p>
75	<p>К модифицированным факторам риска относится: А) диета с ограничением калорийности</p>

	<p>Б) умеренная физическая нагрузка ≥ 150 мин/неделю В) аэробные упражнения и тренировки +Г) все перечисленное</p>
76	<p>Немодифицируемые факторы риска: А) возраст Б) пол В) наследственность +Г) все перечисленное</p>
77	<p>Какие факторы провоцируют развитие гипертонической комы: +A) прием диуретиков Б) передозировка инсулином В) ХОБЛ Г) все перечисленное</p>
78	<p>Гематологические изменения характерны для периода первичной реакции на облучение: А) лимфопения Б) лимфоцитоз +В) нейтрофильный лейкоцитоз Г) нейтрофильная лейкопения Д) агранулоцитоз Е) тромбоцитоз</p>
79	<p>Критическая система организма при воздействии ионизирующих излучений это: А) система, клетки которой обладают высокой радиорезистентностью Б) жизненно важная система В) система, симптомы поражения которой в данном диапазоне доз проявляются позже симптомов поражения других систем Г) система, клетки которой обладают высокой радиочувствительностью +Д) система, симптомы поражения которой в данном диапазоне доз проявляются раньше симптомов поражения других систем</p>
80	<p>При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи: +A) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации Б) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями В) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время Г) все перечисленное</p>
81	<p>Содержание лейкоцитов в периферической крови является прогностическим критерием тяжести острой лучевой болезни от внешнего облучения: А) в первые часы после облучения +Б) на 1-2 сутки после облучения В) на 7-9 сутки после облучения Г) в конце "скрытого" периода</p>
82	<p>Коллективные средства защиты включают: А) больницы, станции переливания крови Б) формирования ГО В) противогазы +Г) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие) Д) центры медицины катастроф</p>
83	<p>Назначения этанола отравленным метиловым спиртом при: А) этанол предотвращает "летальный синтез" метанола в организме Б) этанол обладает более выраженным наркотическим действием, чем метанол +В) этанол вводить нецелесообразно ввиду возможного угнетения дыхательного</p>

	центра Г) все перечисленное
84	Ферменты, обеспечивающие окисление спиртов до альдегидов: А) фосфолипаза, альдегидоксидаза +Б) алкогольдегидрогеназа, микросомальные оксигеназы смешанной функции, каталаза В) фосфорилфосфатаза, трансаминаза Г) все перечисленное
85	Организационно-методическим методом, позволяющим своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является: А) быстрое выведение из очага катастрофы Б) четко организованная медицинская эвакуация В) прогнозирование исхода поражения +Г) медицинская сортировка Д) оказание неотложной помощи
86	Механизм токсического действия оксида углерода: А) Образование карбоксигемоглобина Б) Блокирование систем, содержащих гем +В) Образование метгемоглобина Г) Ускорение диссоциации комплекса гемоглобин-кислород Д) Активация цитохромоксидазы
87	Укажите страну, где наблюдается наибольшая разница в продолжительности жизни мужчин и женщин: +А) Россия Б) Япония В) США Г) Франция Д) Германия
88	В общей структуре смертности населения травмы занимают место +А) третье Б) первое В) второе Г) ничего из перечисленного
89	Основными источниками информации о здоровье населения служат следующие, кроме: А) официальной информации о смертности населения +Б) данных страховых компаний В) эпидемиологической информации Г) данных мониторинга окружающей среды и здоровья Д) регистров заболеваний, несчастных случаев и травм
90	Здоровье населения это: А) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды Б) величина, определяющая здоровье общества как целостно функционирующего организма +В) все перечисленное
91	В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают: А) инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания +Б) болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления

	В) новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания Г) все перечисленное
92	В общей структуре смертности населения злокачественные новообразования занимают место +А) второе Б) первое В) третье Г) ничего из перечисленного
93	Процесс формирования здорового образа жизни не включает А) информирование населения о факторах риска: Б) формирование убежденности в необходимости сохранения здоровья +В) повышение материального благосостояния Г) воспитание навыков здорового образа жизни
94	В общей структуре смертности населения сердечно-сосудистые заболевания занимают место: +А) первое Б) второе В) третье Г) ничего из перечисленного
95	Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются, кроме: А) генетические Б) природно-климатические В) уровень и образ жизни населения Г) уровень, качество и доступность медицинской помощи +Д) все вышеперечисленное
96	Госпитализированная заболеваемость это: А) совокупность всех случаев госпитализации по всем нозологическим формам заболеваний за данный год, отнесенная к численности населения, проживающей на данной территории Б) является отражением уровня и качества стационарной помощи населению +В) все перечисленное
97	Патологическая поражённость это: А) медико-статистический показатель, определяющий совокупность болезней и патологических состояний Б) выявляется путём активных медицинских осмотров населения +В) все перечисленное
98	Болезненность это: А) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний Б) включая впервые выявленных в данном году В) включая зарегистрированные в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году +Г) все перечисленное
99	Метод обращаемости характеризуется учетом всех первичных случаев обращения в поликлинику могут быть А) по данным медицинских осмотров Б) по причинам смерти +В) все перечисленное
100	Основной статистический учетный документ при обращении в поликлинику является: +А) статистический талон Б) амбулаторная карта пациента В) карта вышедшего из стационара

	Г) все перечисленное
101	Основной статистический учетный документ стационара: А) статистический талон +Б) карта выбывшего из стационара В) амбулаторная карта пациента Г) все перечисленное
102	Основной учетный документ инфекционной эпидемической заболеваемости: А) статистический талон +Б) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении В) карта выбывшего из стационара Г) все перечисленное
103	На сохранение и укрепление здоровья населения влияют следующие факторы: А) уровень культуры населения Б) экологические факторы среды В) качество и доступность медицинской помощи Г) безопасные условия труда Д) сбалансированность питания +Е) все вышеперечисленное
104	Процесс формирования здорового образа жизни не включает А) информирование населения о факторах риска: Б) формирование убежденности в необходимости сохранения здоровья +В) повышение материального благосостояния Г) воспитание навыков здорового образа жизни
105	Инциденталомы гипофиза А) объемное образование гипофиза, случайно выявленное при МРТ или КТ Б) не сопровождающееся явными клиническими симптомами В) без нарушения гормональной секреции Г) все перечисленное
106	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
107	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
108	Для синдрома неадекватной секреции вазопрессина не характерно: А) постоянной избыточной секрецией АДГ (вазопрессина) +Б) снижение веса и обезвоживание

	<p>В) симптомы нарушения сознания Г) снижение уровня натрия Д) увеличение массы тела и образование отеков</p>
109	<p>В предкризовом периоде при гипофункции надпочечников появляются:</p> <p>А) нарастает мышечная слабость, адинамия Б) усиливается пигментация кожи В) уменьшается масса тела Г) снижается артериальное давление +Д) все перечисленное</p>
110	<p>Основные проявления гиперпролактинемии у мужчин:</p> <p>А) бесплодие Б) снижение либидо и потенции В) гинекомастия и галакторея Г) избыточная масса тела +Д) все перечисленное</p>
111	<p>Электролитные изменения при гипoadреналовом кризе включают все, за исключением:</p> <p>А) гиперкалиемия + Б) повышение объема циркулирующей плазмы В) повышение активности ренина плазмы Г) гипонатриемия</p>
112	<p>При гипотиреозе наблюдается:</p> <p>А) раздражительность Б) чувство жара В) бессонница +Г) сонливость</p>
113	<p>Суточный диурез может составить 4 л при:</p> <p>А) остром гломерулонефрите Б) остром пиелонефрите В) остром цистите +Г) сахарном диабете</p>
114	<p>Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдаются при:</p> <p>А) гипотиреозе Б) диффузном токсическом зобе +В) сахарном диабете Г) эндемическом зобе</p>
115	<p>К клиническим формам гипoadреналового криза относится все, кроме:</p> <p>А) сердечно-сосудистой Б) желудочно-кишечной В) нервно-психической +Г) легочной</p>
116	<p>Наиболее частые принципы высокорослости:</p> <p>А) соматотропинома гипофиза Б) синдром Клайнфельтера В) ХУУ-синдром Г) гомоцистинурия +Д) все перечисленное</p>

117	Снижение памяти, запоры, брадикардия наблюдаются при: +А) гипотиреозе Б) диффузном токсическом зобе В) сахарном диабете Г) феохромоцитоме
118	Заместительная гормональная терапия в менопаузе оправдана при: А) если менопауза наступила преждевременно, до 45 лет, то терапия продолжается до возраста наступления естественной менопаузы Б) если менопауза наступила в естественные сроки (45–55 лет), то прием заместительной терапии возможен в течение пяти лет В) продолжительность заместительной гормональной терапии редко превышает 5–7 лет Г) все перечисленное
119	Левотироксин назначают при лечении: А) болезни Иценко-Кушинга +Б) гипотиреоза В) диффузного токсического зоба Г) сахарного диабета
120	При недостаточном содержании йода в питании развивается: А) акромегалия Б) диффузный токсический зоб В) сахарный диабет +Г) эндемический зоб
121	При сахарном диабете в анализе мочи отмечается: А) бактериурия +Б) глюкозурия В) оксалатурия Г) пиурия
122	Высокая относительная плотность мочи при сахарном диабете наблюдается из-за присутствия: А) белка +Б) глюкозы В) лейкоцитов Г) эритроцитов
123	При гипогликемической коме кожные покровы: А) гиперемированы +Б) влажные В) желтушные Г) сухие
124	При гипогликемической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах: А) алкоголя Б) аммиака В) ацетона +Г) нет запаха
125	Специфический тип сахарного диабета встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А) акромегалии Б) синдроме Иценко-Кушинга +В) хронической надпочечниковой недостаточности Г) синдроме Дауна
126	Укажите индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина у молодых пациентов без тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой

	<p>гипогликемии (ммоль/л):</p> <p>+А) 6,5%</p> <p>Б) 7,0%</p> <p>В) 7,5%</p> <p>Г) 8,0%</p>
127	<p>Укажите индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина у молодых пациентов с тяжелыми макрососудистыми осложнениями и/или риском тяжелой гипогликемии (ммоль/л):</p> <p>А) 6,5%</p> <p>+Б) 7,0%</p> <p>В) 7,5%</p> <p>Г) 8,0%</p>
128	<p>Классификация сахарного диабета по ВОЗ включает в себя типы:</p> <p>А) 1 тип</p> <p>Б) 2 тип</p> <p>В) гестационный сахарный диабет</p> <p>Г) другие специфические типы</p> <p>+Д) все перечисленное</p>
129	<p>К предиабету относится:</p> <p>А) нарушенная гликемия натощак</p> <p>Б) нарушенная толерантность к глюкозе</p> <p>+В) все вышеперечисленное</p> <p>Г) ничего из перечисленного</p>
130	<p>Синдром пустого турецкого седла:</p> <p>А) комплекс нейроэндокринных, неврологических и нейроофтальмологических нарушений,</p> <p>Б) у лиц с пролабированием мозговых оболочек в полость турецкого седла</p> <p>В) с расплыванием гипофиза по его дну и стенкам</p> <p>Г) повлекшее существенное уменьшение вертикального размера гипофиза (менее 3 мм)</p> <p>+Д) все перечисленное</p>
131	<p>Клиническими признаками аденомы гипофиза являются:</p> <p>А) неврологические симптомы</p> <p>Б) эндокринные нарушения</p> <p>В) зрительные нарушения</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
132	<p>Укажите индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина у пациентов среднего возраста без тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии (ммоль/л):</p> <p>А) 6,5%</p> <p>+ Б) 7,0%</p> <p>В) 7,5%</p> <p>Г) 8,0%</p>
133	<p>Зобом является:</p> <p>А) хорошо пальпируемая щитовидная железа</p> <p>Б) заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции</p> <p>В) заболевание щитовидной железы, осложнившееся компрессией трахеи</p> <p>+Г) увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин</p> <p>Д) пальпируемое узловое образование щитовидной железы</p>
134	<p>Основные проявления гиперпролактинемии у женщин:</p> <p>А) аменорея (опсоменорея или олигоменорея)</p>

	<p>Б) ановуляция В) укорочение лютеиновой фазы +Г) все перечисленное</p>
135	<p>Основные компоненты лечения лактатацидоза: А) уменьшение образования выведение из организма лактата Б) борьба с шоком, гипоксией, ацидозом, электролитными нарушениями В) устранение провоцирующих факторов +Г) все вышеперечисленное</p>
136	<p>Диагностика пролактиномы включает: А) Увеличение уровня пролактина более 2000 мкЕД/мл Б) МРТ головного мозга +В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного</p>
137	<p>Стимуляционные тесты, проводимые при диагностике недостаточности адренокортикотропного гормона: А) низкодозированный тест с 1–24 АКТГ Б) тест с гипогликемией, вызванной введением инсулина В) метопириновый (метирапоновый) тест +Г) все перечисленное</p>
138	<p>Для лактацидемической комы не характерно: А) дыхание Кусмауля Б) увеличение лактата крови +В) повышенная влажность кожи Г) отсутствие запаха ацетона в выдыхаемом воздухе</p>
139	<p>Для гиперосмолярной комы характерно все ниже перечисленное, кроме: +А) кетоацидоз Б) гипернатриемия В) гиперосмолярность Г) гипергликемия</p>
140	<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>
141	<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>
142	<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>
143	<p>В основе патогенеза тиротоксикоза при подостром тиреоидите лежит: А) выработка тиростимулирующих аутоантител +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 тироидных гормонов щитовидной железой</p> <p>Д) гиперпродукция ТТГ в ответ на воспалительные изменения в щитовидной железе</p>
144	<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>
145	<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>
146	<p>Для диабетического кетоацидоза характерно все перечисленное, кроме:</p> <p>А) боли в животе</p> <p>+Б) гипергидроз</p> <p>В) снижение внутриглазного давления</p> <p>Г) рвота</p>
147	<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>
148	<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</p> <p>Б) > 14 ммоль/л</p> <p>+В) <13 ммоль/л</p> <p>Г) все перечисленное</p>
149	<p>Несахарный диабет это:</p> <p>А) неспособностью почек реабсорбировать воду и концентрировать мочу</p> <p>Б) дефицит секреции или действия вазопрессина</p> <p>+В) избыток секреции или действия вазопрессина</p> <p>Г) выраженная жажда и экскреция большого количества мочи</p>
150	<p>Для несахарного диабета не характерно:</p> <p>А) увеличение осмоляльности крови</p> <p>+Б) гипонатриемия</p> <p>В) гипернатриемия</p> <p>Г) низкая осмоляльность мочи</p>
151	<p>Верхние околощитовидные железы, как правило, расположены</p> <p>+А) на задней поверхности щитовидной железы</p> <p>Б) на передней поверхности щитовидной железы</p> <p>В) в толще щитовидной железы</p> <p>Г) на боковой поверхности щитовидной железы</p> <p>Д) в просвете бронха</p>

152	Стадия протеинурии, с сохранной азотовыделительной функции почек диабетической нефропатии диагностируется при уровне альбуминурии за сутки (мг): А) <30 Б) 30-299 +В) >300
153	Для синдром Шерешевского– Тернера характерно +А) 45 ХО или мозаицизм Б) 46 ХХ, 46 ХУ В) 46 ХХУ или мозаицизм Г) все перечисленное
154	Для синдром Клайнфельтера характерно А) 45 ХО, или мозаицизм Б) 46 ХХ, 46 ХУ +В) ХХУ или мозаицизм Г) все перечисленное
155	Какая стадия ретинопатии не относится к абсолютным показаниям для проведения лазеркоагуляции сетчатки: А) пролиферативная +Б) непролиферативная В) препролиферативная Г) все перечисленное
156	Симптомы вирилизации не включает: А) андрогенная алопеция Б) гипоплазия молочных желез, клиторомегалия В) дефеминизация фигуры Г) олиго- и аменорея +Д) понижение либидо
157	К клиническим особенностям ИБС у больных сахарным диабетом относится: А) низкий риск «внезапной смерти» Б) высокая частота безболевого форм ИБС и инфаркта миокарда В) большая частота развития ИБС у мужчин Г) все перечисленное
158	Для постпубертатного гипогонадизма характерны: 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
159	К симптомам климактерического периода не относятся: А) вегетативные симптомы Б) урогенитальные нарушения В) остеопороз +Г) деменция
160	Для синдрома Шерешевского-Тернера не характерно: А) низкий рост Б) отсутствие полового созревания В) первичная аменорея +Г) вторичная аменорея

161	<p>Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям, прежде всего в:</p> <p>А) миокарде, Б) периферической нервной системе +В) центральной нервной системе Г) гепатоцитах Д) поперечнополосатой мускулатуре</p>
162	<p>Клетки Лейдига дифференцируются</p> <p>А) из мезенхимы +Б) из целомического эпителия В) из примордиальных герминативных клеток Г) из эктодермы Д) из нейрального гребня</p>
163	<p>Основные компоненты гиперосмолярной гипергликемической комы:</p> <p>А) борьба с дегидратацией и гиповолемией Б) устранение инсулиновой недостаточности В) восстановление электролитного баланса Г) выявление и лечение заболеваний, спровоцировавших кому +Д) все перечисленное</p>
164	<p>К диабетическим макроангиопатиям относится все, кроме:</p> <p>А) ишемическая болезнь сердца Б) цереброваскулярная болезнь +В) диабетическая нефропатия Г) хронические облитерирующие заболевания периферических артерий</p>
165	<p>Стадия микроальбуминурии диабетической нефропатии диагностируется при уровне альбуминурии за сутки (мг):</p> <p>А) <30 Б) +30-299 В) >300 Г) все перечисленное</p>
166	<p>Для препубертатного гипогонадизма характерны:</p> <p>А) высокий рост или карликовость Б) евнухоидные пропорции тела (длинные конечности, укороченное туловище), отсутствие оволосения на лобке, подмышечных впадинах В) истинная гинекомастия, половой член длиной до 5 см, Г) мошонка непигментированная, без складчатости, яички до 2 мл или их отсутствие в мошонке Д) высокий тембр голоса, непробужденного либидо +Е) все перечисленное</p>
167	<p>Гипогликемия – это снижение уровня глюкозы плазмы до :</p> <p>А) < 2,8 ммоль/л, сопровождающееся определенной клинической симптоматикой Б) < 4, 0 ммоль/л В) >15,0 ммоль/л Г) все перечисленное</p>
168	<p>К диабетическим микроангиопатиям относится все, кроме:</p> <p>+А) ишемическая болезнь сердца Б) нефропатия В) ретинопатия Г) все перечисленное</p>
169	<p>Гермафродитизм:</p> <p>А) несоответствие строения наружных половых органов гендерной принадлежности гонад Б) индивидуум имеет элементы овариальной и тестикулярной ткани</p>

	+В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного
170	К острым формам нарушения мозгового кровообращения относится все, за исключением: А) субарахноидальное кровоизлияние +Б) сосудистая деменция В) инфаркт мозга Г) преходящее нарушение мозгового кровообращение
171	К хроническим формам нарушения мозгового кровообращения относится: А) субарахноидальное кровоизлияние +Б) сосудистая деменция В) инфаркт мозга Г) преходящее нарушение мозгового кровообращение
172	Признаком ВИПомы (синдром Вернера–Моррисона) относится: А) изнуряющая диарея («эндокринная холера»), обезвоживание Б) гипотензия В) судороги Г) метаболические кардиальные изменения, эритема кожи головы и туловища +Д) все перечисленное
173	Нарушение углеводного обмена, вызванное деструкцией β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности развивается при: +А) сахарный диабет 1 типа Б) сахарный диабет 2 типа В) гестационный сахарный диабет Г) все вышеперечисленное
174	Нарушение углеводного обмена, вызванное инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью развивается при: А) сахарный диабет 1 типа +Б) сахарный диабет 2 типа В) гестационный сахарный диабет Г) все вышеперечисленное
175	Факторы не являющиеся причиной сахарного диабета 1 типа: А) деструкция бета - клеток поджелудочной железы +Б) стрессовые воздействия В) вирусные инфекции Г) аутоиммунные процессы
176	Для клинической картины гиперосмолярной гипергликемической комы характерно: А) выраженная жажда Б) судороги +В) картина «острого» живота Г) слабость
177	При диффузном токсическом зобе секреция тиреотропного гормона А) нормальная +Б) подавлена В) повышена Г) не имеет диагностической ценности
178	При первичном гипотиреозе в крови обнаруживается +А) повышенный уровень ТТГ Б) пониженный уровень ТТГ В) нормальный уровень ТТГ Г) ТТГ отсутствует

	Д) исследование ТТГ не имеет диагностической важности
179	Психомоторное развитие при гипотиреозе: +А) замедляется Б) не изменяется В) ускоряется Г) возможны разные состояния
180	Назовите наименее типичное клиническое проявление врожденного гипотиреоза: А) затяжная желтуха Б) муцинозный отек кожи и ПЖК +В) зоб Г) отставание в психомоторном развитии Д) запоры
181	Исследование уровня трийодтиронина наиболее оправдано при: А) подозрении на субклинический гипотироз Б) подозрении на озлокачествление узлового зоба В) выявлении тяжести тиротоксикоза +Г) обнаружении сниженного уровня ТТГ и нормального Т4 Д) в любом случае при исследовании функционального состояния щитовидной железы
182	Диагноз аутоиммунного тиреоидита может быть поставлен на основании: А) УЗИ щитовидной железы Б) определения уровня антител к тироглобулину и микросомальной фракции В) сцинтиграфии щитовидной железы Г) исследования уровня тиреоидных гормонов и ТТГ +Д) ни на одном из отдельно взятых перечисленных исследований
183	Для гипогликемии характерно все перечисленное, кроме: А) сердцебиение +Б) сухость кожных покровов В) судороги Г) сильный голод
184	Изменения уровней тиреоидных гормонов и ТТГ характерны для субклинического гипотироза: А) Т3 - повышен; Т4 - в норме; ТТГ - в норме +Б) Т3 - в норме; Т4 - в норме; ТТГ - повышен В) Т3 - повышен; Т4 - повышен; ТТГ - повышен Г) Т3 - подавлен (снижен); Т4 - подавлен (понижен); ТТГ - существенно повышен Д) Т3 - в норме; Т4 - повышен; ТТГ - в норме
185	Сцинтиграфия щитовидной железы позволяет: А) выявить узловые образования щитовидной железы Б) диагностировать зоб +В) оценить функциональную активность узлового образования, выявленного другими методами Г) дифференцировать доброкачественные и злокачественные образования щитовидной железы Д) все перечисленное верно
186	Выберите справедливое утверждение в отношении подострого тиреоидита: А) является аутоиммунным заболеванием, поэтому для его лечения используются глюкокортикоиды Б) в исходе развивается гипотиреоз +В) несмотря на наличие тиреотоксикоза гиперфункция щитовидной железы отсутствует Г) тиростатики (мерказолил) для лечения не используются, поскольку тиреотоксикоз

	имеет легкое течение Д) в отличие от диффузного токсического зоба, лихорадка не наблюдается
187	Наиболее верным диагностическим исследованием в отношении подтверждения диагноза тиреоидита Хашимото является: А) исследование гормонов щитовидной железы и ТТГ Б) проведение сканирования щитовидной железы В) УЗИ щитовидной железы Г) определение аутоантител к тироглобулину +Д) тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы
188	При лечении гипотиреоза применяют: А) инсулин Б) тиамазол В) пропицил +Г) левотироксин
189	Показания для назначения медикаментозной терапии при акромегалии: А) первичная терапия при бесперспективности или противопоказания к хирургическому лечению Б) вторичная терапия при нерадикальной аденомэктомии В) необходимость предоперационной подготовки для улучшения соматического статуса и снижения риска внутри- и послеоперационных осложнений Г) обеспечение полного (или частичного) контроля на период после проведенной лучевой терапии +Д) все перечисленное
190	Для лечение акромегалии не применяют: А) аналоги соматостатина (октреотид, ланреотид) +Б) агонисты серотонина В) агонисты дофамина (бромокриптин, хинаголид, каберголин) Г) ингибиторы рецепторов СТГ (пегвисомант)
191	Укажите механизм действия группы бигуанидов: А) снижение продукции глюкозы печенью Б) снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани В) способствуют снижению массы тела Г) снижают концентрацию липопротеидов низкой плотности в крови +Д) все перечисленное
192	К бигуанидам относится: А) вилдаглиптин Б) глюкофаж +В) глибенкламид Г) акарбоза
193	К аналогам метформина не относится: А) метформин Б) глюкофаж +В) гликлазид Г) сиофор
194	Лечение гипофизарного нанизма проводится: А) генотропином Б) нордитропин В) сайзен Г) хуматроп Д) растан +Е) все перечисленное
195	При лечении гиперосмолярной комы не применяется внутривенная инсулинотерапия в дозе:

	<p>А) 0,5–2 ед/час, максимум 4 ед/час +Б) 10 ед/час В) при сохранении выраженной гипергликемии через 4–5 ч от начала инфузии, переходят на режим 0,1 ед/кг/час, как при диабетической кетоацидотической комы Г) уровень глюкозы плазмы не следует снижать быстрее, чем на 4 ммоль/л/час</p>
196	<p>К инсулинам ультракороткого действия относятся: А) апидра Б) хумалог В) аспарт +Г) все перечисленные</p>
197	<p>Укажите инсулин среднего действия: А) инсулин растворимый человеческий генно- инженерный +Б) инсулин-изофан человеческийгенноинженерный В) аспарт Г) детемир</p>
198	<p>Методы лечения гипогликемической комы включают все перечисленные, кроме: А) в/в введение 40% глюкозы струйно Б) в/в введение 5-10% глюкозы капельно В) введение глюкагона подкожно +Г) в/в введение бикарбоната натрия</p>
199	<p>Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения: +A) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина Б) солей кальция В) гипертонического раствора хлорида натрия Г) солей калия</p>
200	<p>Не применяется для лечения диабетической кетоацидотической комы: А) инсулин короткого действия 20 ед в/в Б) 0,9% раствор хлорида натрия в/в капельно +В) 40% раствор глюкозы в/в Г) ничего из перечисленного</p>
201	<p>Лечение гипопитуитаризма включает: А) замещение недостатка кортизола Б) замещение недостатка тироксина В) заместительная терапия половыми гормонами +Г) все перечисленное</p>
202	<p>Избыточное действие тироидных гормонов вызывает в организме: А) усиление процессов синтеза белка и торможение катаболизма +Б) усиление катаболизма В) усиление продукции ТТГ Г) усиление синтеза липидов Д) увеличивает активность инсулина</p>
203	<p>Какие из препаратов относятся к группе ингибиторов ДПП-4: А) вилдаглиптин Б) ситаглиптин В) саксаглиптин +Г) все перечисленные</p>
204	<p>При лечении аутоиммунного тиреоидита глюкокортикоиды назначают: А) 1 раз в день Б) через день В) 1 раз в неделю Г) применяют пульс-терапию +Д) не используют</p>

205	Основными методами лечения болезни Иценко –Кушинга являются все, за исключением: А) хирургический метод Б) лучевой метод +В) медикаментозная терапия Г) все перечисленные
206	Критериями эффективности лечения болезни Иценко-Кушинга являются все перечисленные, кроме: А) нормализация массы тела +Б) артериальная гипертония В) восстановление репродуктивной функции Г) стойкая нормализация уровня АКТГ и кортизола в плазме крови Г) нормализация кортизола, 17 – ОКС в суточной моче
207	Выберите препарат из группы агонистов рецепторов ГПП-1: +А) лираглутид Б) вилдаглиптин Г) глибенкламид Д) метформин
208	Препаратом выбора лечения острой надпочечниковой недостаточности является: А) преднизолон +Б) гидрокортизон гемисукцинат В) изотонический раствор хлорида натрия Г) ничего из перечисленного
209	Укажите механизм действия препаратов сульфонилмочевины: А) повышают чувствительность бета - клеток к глюкозе Б) стимулируют секрецию инсулина бета – клетками В) повышают активность глюкозотранспортного белка 2 (glut 2) +Г) все перечисленное
210	Тиамазол может вызвать все перечисленные побочные эффекты, кроме: А) кожная сыпь + Б) лейкоцитоз В) агранулоцитоз Г) зобогенный эффект
211	Выберите препарат из группы ингибиторов α-глюкозидаз: А) метформин +Б) акарбоза В) вилдаглиптин Г) гликлазид
212	Основным методом лечения феохромоцитомы является: +А) хирургический метод Б) альфа – адреноблокаторы В) бета – адреноблокаторы Г) все перечисленное
213	Для лечения ожирения применяются все препараты, кроме: А) метформин Б) сибутрамин В) орлистат +Г) левотироксин
214	Выберите препараты для лечения диффузного токсического зоба: +А) тиамазол Б) левотироксин В) преднизолон

	Г) флудрокортизон
215	Какие препараты относятся к ингибиторам Na-глюкозного ко-транспортера 2 типа: А) акарбоза +Б) дапаглифлозин В) метформин Г) гликлазид
216	Оптимальная скорость снижения глюкозы плазмы: +А) менее 4 ммоль/л/ч Б) более 4 ммоль/л/ч В) более 10 ммоль/л/ч Г) ничего из перечисленного
217	Для клинической картины гиперосмолярной гипергликемической комы характерно: А) выраженная жажда Б) судороги +В) картина «острого» живота Г) слабость
218	Обследование больных сахарным диабетом для верификации ИБС не включает: А) ЭКГ +Б)ФВД В) пробы с физической нагрузкой: тредмил тест, велоэргометрия, стресс-эхокардиография Г) коронарография
219	К механизму действия препаратов группы инкретинов относится: А) контроль функции альфа-клеток поджелудочной железы Б) стимуляция секреции инсулина бета- клетками В) задерживание пищи в желудке +Г) все перечисленное
220	Механизм действия орлистата: А) блокирование всасывания углеводов в желудке и кишечнике +Б) блокирование всасывания жиров в кишечнике В) блокирование всасывания белков в желудке Г) стимуляция центра насыщения
221	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
222	Механизм действия сибутрамина А) блокирование всасывания углеводов в желудке и кишечнике Б) блокирование всасывания жиров в кишечнике В) блокирование всасывания белков в желудке +Г) стимуляция центра насыщения
223	Укажите механизм действия группы бигуанидов: А) тормозят глюконеогенез в печени Б) способствуют снижению массы тела В) снижают концентрацию липопротеидов низкой плотности в крови +Г)все перечисленное
224	Лабораторным показателем эффективности лечения гипотиреоза является: А) снижение уровня холестерина в крови Б) нормализация уровня глюкозы в крови В) нормализация уровня тиреоглобулина в крови

	+Г) нормализация уровня ТТГ в крови
225	Если уровень калия сыворотки неизвестен, внутривенную инфузию калия начинают не позднее, чем через 2 часа после начала инсулинотерапии, под контролем ЭКГ и диуреза, со скоростью: А) 3,0 г в час Б) 1,0 г в час +В) 1,5 г в час Г) все перечисленное
226	К механизму действия препаратов группы инкретинов относится: А) контроль функции альфа-клеток поджелудочной железы Б) стимуляция секреции инсулина бета- клетками В) задерживание пищи в желудке +Г) все перечисленное
227	При каком уровне гликемии необходимо внутривенное введение 5-10 % раствора глюкозы с инсулином при выведении больных из диабетической кетоацидотической комы: А) 24 ммоль/л Б) > 14 ммоль/л +В) <13 ммоль/л Г) все перечисленное
228	Механизм действия тиреоидных гормонов, кроме: +А) снижение скорости окислительно-восстановительных реакций в клетках Б) ускорение скорости окислительно-восстановительных реакций в клетках В) изменяют экспрессию генов Г) влияют на терморегуляцию
229	Продолжительность терапии препаратами тироксина при врожденном гипотиреозе составляет: А) до купирования симптомов гипотиреоза Б) закрытия зон роста +В) пожизненная Г) терапия не показана
230	Механизм действия препаратов ингибиторов Na-глюкозного ко-транспортера 2-го типа: +А) обратное всасывание глюкозы в проксимальных канальцах почек Б) расщепление полисахаридов до моносахаридов В) контролируют функцию альфа- клеток поджелудочной железы Г) улучшают процессы неоглюкогенеза в печени
231	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
232	Во время беременности противопоказаны: А) таблетированные сахароснижающие препараты Б) ингибиторы АПФ, БРА, ганглиоблокаторы В) антибиотики (аминогликозиды, тетрациклины, макролиды и др.) Г) статины +Д) все перечисленное
233	Если уровень калия сыворотки неизвестен, внутривенную инфузию калия начинают не позднее, чем через 2 часа после начала инсулинотерапии, под контролем ЭКГ и диуреза, со скоростью:

	<p>А) 3,0 г в час Б) 1,0 г в час +В) 1,5 г в час Г) все вышеперечисленное</p>
234	<p>К механизму действия препаратов блокаторов альфа - глюкозидаз относится: +А) расщепление полисахаридов до моносахаридов Б) обратное всасывание глюкозы в проксимальных канальцах почек В) стимуляция секреции инсулина бета- клетками Г) все перечисленное</p>
235	<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>
236	<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>
237	<p>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</p>
238	<p>Если уровень калия сыворотки неизвестен, внутривенную инфузию калия начинают не позднее, чем через 2 часа после начала инсулинотерапии, под контролем ЭКГ и диуреза, со скоростью: А) 3,0 г в час Б) 1,0 г в час +В) 1,5 г в час Г) все перечисленное</p>
239	<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>
240	<p>Лечение диабетической ретинопатии включает: А) ограничение животного белка и коррекция дислипидемии Б) ингибиторы АПФ или БРА как препараты выбора В) коррекция гиперкалиемии и нарушений фосфорно-кальциевого обмена Г) коррекция анемии +Д) все вышеперечисленное</p>
241	<p>При лечении лактатацидоза применяется внутривенная инсулинотерапия в дозе: А) 0,5–2 ед/час Б) 0,1 ед/кг/час + В) 2–5 ед/час Г) все перечисленное</p>

242	<p>Критерии введения бикарбоната натрия при кетоацидотической коме:</p> <p>А) введение 4 г бикарбоната натрия (200 мл 2 % раствора внутривенно медленно за 1 час)</p> <p>Б) максимальная доза бикарбоната не более 8г (400 мл 2% раствора за 2 часа)</p> <p>+В) все перечисленное</p>
243	<p>При надпочечниковом гипoadреналовом кризе в первые сутки гормональная терапия проводится в дозах:</p> <p>А) внутривенное струйное введение 100-150 мг гидрокортизона гемисукцината (солукортеф)</p> <p>Б) внутривенное капельное введение 100-150 мг гидрокортизона гемисукцината на 500 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью 40-100 капель в минуту в течение 3-4 часов</p> <p>В) внутримышечное введение суспензии гидрокортизона ацетата по 50-75 мг каждые 6 часов</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
244	<p>Единственное эффективное мероприятие для удаления избытка лактата при лечении лактатацидоза:</p> <p>+А) гемодиализ с безлактатным буфером</p> <p>Б) внутривенное введение бикарбоната натрия</p> <p>В) внутривенное введение 5-10% раствора глюкозы</p> <p>Г) все перечисленное</p>
245	<p>При надпочечниковом гипoadреналовом кризе гормональная терапия проводится в дозах:</p> <p>А) со 2-3-х суток и последующие 5-7 дней дозу в/м введенного гидрокортизона ацетата постепенно снижают до 25-50 мг</p> <p>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</p> <p>В) внутривенное введение гидрокортизона продолжают до выведения больного из коллапса и стабилизации систолического артериального давления на уровне выше 100 мм рт. ст.</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
246	<p>При лечении диабетической кетоацидотической комы применяется внутривенная инсулинотерапия в дозе:</p> <p>А) 0,5–2 ед/час</p> <p>Б) 0,1 ед/кг/час</p> <p>В) 2–5 ед/час</p> <p>Г) все перечисленное</p>
247	<p>Единственное эффективное мероприятие для удаления избытка лактата при лечении лактатацидотической комы:</p> <p>+А) гемодиализ с безлактатным буфером</p> <p>Б) внутривенное введение бикарбоната натрия</p> <p>В) внутривенное введение 5-10% раствора глюкозы</p> <p>Г) все перечисленное</p>
248	<p>Критерии введения бикарбоната натрия внутривенно при лактатацидозе:</p> <p>+А) введение 4 г бикарбоната натрия (100мл 4% раствора за 1 час)</p> <p>Б) введение 8 г бикарбоната натрия (400мл 2% раствора за 2 час)</p> <p>В) ничего из перечисленного</p> <p>Г) все перечисленное</p>
249	<p>При надпочечниковом гипoadреналовом кризе на догоспитальном этапе возможно использовать внутривенное введение:</p> <p>А) 40 мг преднизолона</p> <p>Б) 4мг дексаметазона</p>

	+В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного
250	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
251	Профилактика гипoadреналового криза при «экстренных» операциях включает: А) перед операцией внутримышечно вводят 75 мг суспензии гидрокортизона ацетата. Б) во время операции проводят внутривенно капельно 75-100 мг гидрокортизона гемисукцината (солукортефа), растворенного в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или 500 мл 5 % раствора глюкозы. В) первые сутки после операции гидрокортизон вводят внутримышечно по 50-75 мг каждые 6 часов +Г) все перечисленное
252	Скорость регидратации при кетоацидотической коме: А) начальная скорость регидратации с помощью 0.9% раствора NaCl: в 1-й час - 1-1.5 л, или 15 – 20 мл/кг массы тела Б) начальная скорость регидратации с помощью 0.9% раствора NaCl: в 1-й час -15 – 20 мл/кг массы тела В) дальнейшая скорость регидратации при ЦВД < 4 см водн. ст. вводится 1 л жидкости в час, при ЦВД 5 -12 см водн. ст. – 0.5 л/ч, выше 12 см водн. ст. – 250 – 300 мл/час +Г) все перечисленное
253	При надпочечниковом гипoadреналовом кризе минералокортикоиды флугидрокортизон (кортинефф) вводятся в дозах: А) при введении гидрокортизона в суточной дозе более 100 мг необходимость во введении минералокортикоидов отсутствует Б) при снижении суточной дозы гидрокортизона менее 100 мг к лечению добавляют минералокортикоид В) минералокортикоид флугидрокортизон назначают внутрь ежедневно утром 1 раз в день в суточной дозе 0,1 мг Г) адекватность назначенной дозы минералокортикоида оценивается по нормализации уровней калия и натрия крови, нормализации активности ренина плазмы +Д) все перечисленное
254	Профилактика гипoadреналового криза при тяжелых инфекциях и «малых» операциях включает: А) в первые сутки пациентам назначают суспензию гидрокортизона ацетата внутримышечно по 50 мг 3 раза в день Б) в последующие два дня после операции гидрокортизон вводят внутримышечно по 50 мг 2 раза в день В) с 3-4 суток пациентов переводят на его обычную дозу заместительную терапию кортикостероидами +Г) все перечисленное
255	Растворы для регидратации диабетической кетоацидотической комы: А) 0,9 % раствор NaCl (при уровне скорректированного Na ⁺ плазмы < 145 ммоль/л) Б) при уровне глюкозы плазмы ≤ 13 ммоль/л введение 5–10 % раствор глюкозы (+ 3–4 ед ИКД на каждые 20 г глюкозы) В) коллоидные плазмозаменители (при гиповолемии – систолическое АД ниже 80 мм рт. ст. или ЦВД ниже 4 мм водн. ст.) +Г) все перечисленное

256	<p>Принципы терапии надпочечникового гипoadреналового криза:</p> <p>А) гормональная терапия (глюко- и минералокортикоиды)</p> <p>Б) борьба с дегидратацией и гипогликемией</p> <p>В) коррекция электролитных нарушений</p> <p>Г) борьба с дефицитом белка</p> <p>+Д) все перечисленное</p>
257	<p>Лечение тиреотоксического криза включает следующие мероприятия:</p> <p>А) устранение дефицита кортикостероидов</p> <p>Б) назначение высоких доз тиреостатиков</p> <p>В) назначение препаратов йода</p> <p>Г) назначение бета-адреноблокаторов</p> <p>+Д) все перечисленное</p>
258	<p>Профилактика гипoadреналового криза при «больших» операциях включает:</p> <p>А) за день до операции отменяют пероральные кортикостероиды и назначают суспензию гидрокортизона ацетата внутримышечно по 50 мг 3 раза в день.</p> <p>Б) в день операции утром внутримышечно вводят 75 мг суспензии гидрокортизона ацетата.</p> <p>В) во время операции проводят внутривенно капельно 75-100 мг гидрокортизона гемисукцината (солукортефа), растворенного в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или 500 мл 5 % раствора глюкозы.</p> <p>Г) первые сутки после операции гидрокортизон вводят внутримышечно по 50-75 мг каждые 6 часов.</p> <p>+Д) все перечисленное</p>
259	<p>Для устранения дефицита кортикостероидов не назначается при тиреотоксическом кризе:</p> <p>А) гидрокортизон гемисукцинат</p> <p>Б) преднизолон</p> <p>+В) тестостерон</p> <p>Г) все перечисленное</p>
260	<p>Борьбу с гипертермией при тиреотоксическом кризе проводят:</p> <p>+ А) пациента пузырями со льдом</p> <p>Б) введение НПВС</p> <p>В) введение салицилатов</p> <p>Г) все перечисленное</p>
261	<p>Лечение тиреотоксического криза включает следующие мероприятия:</p> <p>А) назначение бета-адреноблокаторов</p> <p>Б) коррекция водно-электролитных нарушений</p> <p>В) купирование психомоторного возбуждения</p> <p>Г) борьба острой сосудистой недостаточностью</p> <p>Д)+ все перечисленное</p>
262	<p>Принципы терапии α-адренорецепторами во время купирования катехоламинового криза:</p> <p>А) α-адреноблокаторы вводят внутривенно медленно каждые 5 минут, до момента купирования криза или снижения артериального давления</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
263	<p>Принципы неотложной терапии гипокальцемиического криза:</p>

	<p>А) парентеральное введение солей кальция Б) симптоматическое лечение судорожного синдрома В) назначение препаратов витамина D или его аналогов Г) коррекция кислотно-основного баланса и нейтрализация негативного влияния фосфатов +Д) все перечисленное</p>
264	<p>Принципы введение солей кальция при неотложной терапии гипокальцемиического криза: А) внутривенная медленная инфузия 10-20 мл 10 % раствора хлорида (глюконата или лактата кальция) растворенных в 500 мл 5 % глюкозы Б) вероятно развития венозных тромбозов в месте инъекции В) после купирования гипокальциемии показано немедленное назначение терапии препаратами кальция и витамина D +Г) все перечисленное</p>
265	<p>Принципы терапии макрососудистых осложнений у больных сахарным диабетом: А) сахароснижающая терапия Б) контроль артериального давления В) антиагрегантная терапия Г) коррекция дислипидемии + Д) все вышеперечисленное</p>
266	<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>
267	<p>Средняя начальная скорость непрерывной внутривенной инфузии инсулина у взрослых больных сахарным диабетом при дефиците массы тела, почечной, печеночной или хронической надпочечниковой недостаточности составляет менее 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>
268	<p>Лечение болевой формы диабетической полинейропатии включает: А) антидепрессанты Б) противосудорожные В) опиаты Г) препараты местного действия +Д) все вышеперечисленное</p>
269	<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>
270	<p>Группы антигипертензивных препаратов возможные для применения у больных сахарным диабетом: А) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента Б) блокаторы рецепторов ангиотензина II</p>

	В) блокаторы кальциевых каналов +Г) все перечисленное
271	Препарат выбора антигипертензивной терапии во время беременности: А) блокаторы кальциевых каналов Б) $\beta 1$ -селективные адrenoблокаторы +В) метилдопа Г) диуретики
272	Показанием к инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете 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) все перечисленное
273	При средних и больших оперативных вмешательствах (требующие изменения питания, регионарной анестезии или наркоза), пациентам, получающим инсулин короткого действия в сочетании с инсулином продленного действия, накануне операции вводят только обычную дозу инсулина продленного действия: +А) верно Б) неверно В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного
274	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: А) верно Б) неверно В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного
275	Лечение критической ишемии стопы включает: А) антиагрегантная терапия Б) гиполипидемическая терапия В) эндоваскулярная или хирургическая реваскуляризация конечности +Г) все перечисленное
276	Лечение ишемической формы синдрома диабетической стопы включает: А) консервативная терапия (коррекция углеводного обмена, артериальной гипертензии, антикоагулянты и антиагреганты, препараты простагландина E1) Б) хирургическая реваскуляризация (баллонная ангиопластика, стентирование, эндартерэктомия, дистальное шунтирование) В) Антибактериальная терапия +Г) все перечисленное
277	При средних и больших оперативных вмешательствах (требующие изменения питания, регионарной анестезии или наркоза), пациентам, получающим только инсулин продленного действия, накануне операции дозу инсулина продленного действия уменьшают на 20-50%: +А) верно Б) неверно В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного
278	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
279	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
280	Для лечения метаболического синдрома применяются препараты: А) сахароснижающие Б) гипотензивные В) статины +Г) все перечисленное
281	Какие лекарственные препараты способны спровоцировать развитие тиреотоксического криза: А) йодсодержащие рентгенконтрастные веществ Б) салицилаты В) сердечные гликозиды +Г) всё перечисленное
282	Какие препараты йода не используются для купирования тиреотоксического криза: А) раствор йодида натрия Б) раствор Люголя +В) йодомарин Г) все перечисленное
283	Лечение аденомы гипофиза: А) медикаментозное лечение Б) хирургическое лечение В) лучевая терапия +Г) все перечисленное
284	Профилактика ожирения: А) ограничение физических упражнений Б) повышенное употребление жиров В) повышенное употребление углеводов +Г) рациональное питание
285	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
286	Для профилактики эндемического зоба не йодируют: А) конфеты, торты Б) хлеб +В) поваренную соль 4) масло
287	Принципы диетотерапии у больных сахарным диабетом 2 типа: А) нормакалорийное питание +Б) гипокалорийное питание В) все перечисленное Г) ничего из перечисленного
288	Профилактика гипогликемии при кратковременной физической активности (не более 2 часов) включает:

	<p>А) измерить гликемию и принять 1-2 ХЕ (медленно усваиваемых углеводов) до и после физической активности</p> <p>Б) при исходном уровне глюкозы плазмы > 13 ммоль/л, дополнительный прием ХЕ перед физической активности не требуется</p> <p>В) в отсутствие самоконтроля необходимо принять 1-2 ХЕ до и 1-2 ХЕ после физической активности</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
289	<p>Профилактика гипогликемии при длительной физической активности (более 2 часов)</p> <p>А) снижение дозы таблетированных сахароснижающих препаратов, поэтому длительные нагрузки должны быть запланированными</p> <p>Б) уменьшить дозу препаратов инсулина короткого и продленного действия, которые будут действовать во время и после физической активности, на 20 – 50%</p> <p>В) на следующее утро после длительной физической активности требуются дополнительный самоконтроль гликемии каждые 2-3 часа, при необходимости – прием 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов (при уровне глюкозы плазмы < 5 ммоль/л)</p> <p>Г+) все перечисленное</p>
290	<p>Какой из ниже перечисленных факторов не провоцирует развитие кетоацидоза и диабетической комы?</p> <p>А)интеркуррентные заболевания</p> <p>Б)пропуск введения инсулина</p> <p>В)хирургическое вмешательство</p> <p>+Г)пропуск приема пищи</p>
291	<p>Причины врожденного гипотиреоза:</p> <p>+А) аплазия щитовидной железы, дефект ферментов, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов</p> <p>Б) травмы головного мозга, нейроинфекция</p> <p>В) травма, опухоль шейного отдела позвоночника</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
292	<p>При обнаружении по данным МРТ аденомы гипофиза, основным методом лечения болезни Иценко—Кушинга является:</p> <p>А) трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия в сочетании с двусторонней адrenaлэктомией</p> <p>+Б) трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия</p> <p>В) транскраниальная гипофизэктомия</p> <p>Г) протонотерапия на область гипофиза в сочетании с назначением блокаторов стероидогенеза (хлодитан, лизодрен, низорал</p>
293	<p>Не относится к провоцирующим факторам развития лактатацидоза у больных сахарным диабетом:</p> <p>А) прием бигуанидов</p> <p>Б) почечная или печеночная недостаточность</p> <p>В) злоупотребление алкоголем</p> <p>+Г) передозировка инсулина</p> <p>Д) тканевая гипоксия</p>
294	<p>Причины вторичного гипотиреоза:</p> <p>А) аплазия щитовидной железы, дефект ферментов, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов</p> <p>+Б) травмы головного мозга, нейроинфекция</p> <p>В) травма, опухоль шейного отдела позвоночника</p> <p>Г) все перечисленное</p>
295	<p>Не относится к провоцирующим факторам развития лактатацидоза у больных сахарным диабетом:</p>

	<p>А) прием бигуанидов Б) почечная или печеночная недостаточность В) злоупотребление алкоголем +Г) передозировка инсулина Д) тканевая гипоксия</p>
296	<p>Профилактическое офтальмологическое обследование пациента с ретинопатией включает: А) определение остроты зрения (визометрия) Б) измерение внутриглазного давления В) офтальмоскопия при расширенном зрачке +Г) все перечисленное</p>
297	<p>Не является причиной приобретенного гипотиреоза у детей: А) эндемический зоб Б) хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы В) аутоиммунное поражение щитовидной железы +Г) психическая травма</p>
298	<p>К регионам эндемичным по дефициту йода в окружающей среде не относятся: А) Москва и Московская область +Б) Япония В) Германия Г) Австрия и Германия Д) регионы Восточной Сибири</p>
299	<p>Какая стадия ретинопатии не относится к абсолютным показаниям для проведения лазеркоагуляции сетчатки: А) пролиферативная +Б) непролиферативная В) препролиферативная Г) все перечисленное</p>
300	<p>К препаратам глюкокортикоидов относится: А) пропранолол Б) доксазозин В) тиамазол +Г) дексаметазон Д) все перечисленное верно</p>
301	<p>Абсолютным показанием к лазеркоагуляции сетчатки не является: А) пролиферативная диабетическая ретинопатия Б) витреальные и преретинальные кровоизлияния +В) диабетический макулярный отек Г) все перечисленное</p>
302	<p>В группу риска развития синдрома диабетической стопы входят все перечисленные, за исключением; А) пациенты с дистальной полинейропатией Б) лица с заболеваниями периферических сосудов В) больные с деформациями стоп любого генеза +Г) пациенты, перенесшие гипогликемию Д) слепые и слабовидящие</p>
303	<p>Факторы, способные спровоцировать развитие тиреотоксического криза: А) оперативные вмешательства на щитовидной железе или лечение радиоактивным йодом у больных с некомпенсированным тиреотоксикозом Б) неадекватная поддерживающая терапия после лечения радиоактивным йодом В) воздействие стрессовых факторов (беременность и роды, физические и психические травмы, солнечной радиации, острые заболевания, обострение</p>

	хронических заболеваний, острые отравления и хронические интоксикации, гипогликемия) +Г) всё перечисленное
304	Наиболее часто развитие гипотиреоидной комы провоцируют: А) сопутствующие заболевания (травма, кровопотеря, инфекции, инсульт, острый инфаркт миокарда и т.п.); Б) прием транквилизаторов, нейролептиков, средств для наркоза и барбитуратов; В) переохлаждение, гипоксия +Г) все перечисленное
305	126. Под потребностью населения в амбулаторно-поликлинической помощи понимается А) число посещений на одну врачебную должность в год +Б) число посещений на одного жителя в год В) число обращений на одного жителя в год Г) число врачебных должностей на определенную численность населения
306	Под потребностью населения в госпитализации понимается А) число коек на определенную численность населения +Б) процент населения, нуждающегося в госпитализации В) число госпитализированных за год больных Г) число врачебных должностей стационара на определенную численность населения
307	Организация работы поликлиники характеризуется следующими данными А) структура посещений по специальностям Б) динамика посещений; распределение посещений по виду обращений; по месяцам, дням недели, часам дня В) объем помощи на дому; структура посещений на дому; активность врачей по помощи на дому Г) соотношение первичных и повторных посещений на дому +Д) все вышеперечисленное
308	Факторами, обуславливающими объем медицинской помощи в поликлинике, могут быть все, кроме А) характеристики врачебного участка Б) обеспеченности населения койками стационара по специальностям В) заболеваемости населения Г) укомплектованности врачебными кадрами +Д) функции врачебной должности
309	Методика анализа нагрузки врачей поликлиники включает в себя показатели, кроме А) нагрузки врачей по специальностям в часы приема в поликлиники Б) нагрузки врачей по помощи на дому +В) удельного веса посещений жителями района поликлиники Г) нагрузки врачей по дням недели Д) нагрузки врачей по месяцам года
310	Организация работы стационара характеризуется следующими показателями: А) среднее число дней работы койки Б) оборот койки В) средние сроки пребывания больного в стационаре +Г) все вышеперечисленное
311	Сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких либо функций называется: +А) адаптацией Б) компенсацией В) реабилитацией

	Г) социализацией
312	Социализация личности– это: А) Оптимизация условий воспитания +Б) Процесс и результат овладения индивидуумом социального опыта В) Процесс взаимодействия с социальной средой Г) Выявление социально значимых качеств личности учащегося
313	Личность проявляет себя через: А) Особенность темперамента Б) Правила и нормы поведения +В) Особенности поведения в типичных ситуациях Г) Психические состояния личности
314	Системообразующим фактором психологии трудового коллектива является: А) психологический климат Б) организационно-управленческая структура В) социально-психологический характер межличностных отношений +Г) совместная трудовая деятельность
315	К педагогическим составляющим деятельности врача не относят: А) обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам Б) передача личного профессионального опыта коллегам В) формирование у пациента ответственного отношения к лечению Г) участие в просветительских программах +Д) обучение больных способам постановки верного диагноза
316	Для расчета общего коэффициента смертности необходимы статистические данные: +А) число умерших за год; число родившихся живыми в данном году Б) число умерших в данном году; среднегодовая численность населения В) среднегодовая численность населения в данном году; среднегодовая численность населения в предыдущем год Г) все перечисленное
317	Для расчета первичной заболеваемости необходимы статистические данные: А) число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году Б) число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; среднегодовая численность населения +В) число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году Г) все перечисленное
318	Для вычисления показателя первичной инвалидности необходимы статистические данные: +А) общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число инвалидов на данной территории Б) общее число лиц трудоспособного возраста; общее число работающих инвалидов В) общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами от данного заболевания; общее число больных данным заболеванием Г) общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число лиц трудоспособного возраста
319	Этические нормы врача - эндокринолога определяются: А) Умениями и навыками Б) Законами и приказами В) Моральной ответственностью врача перед обществом +Г) все перечисленное
320	Среднее число дней работы койки в году вычисляется следующим образом А) (число койко-дней фактически проведенных больными) / (число дней в году)

	<p>+Б) (число койко-дней фактически проведенных больными) / (число среднегодовых коек)</p> <p>В) (число выписанных больных) / (число среднегодовых коек)</p> <p>Г) (число проведенных больными койко-дней) / (число выписанных больных)</p>
321	<p>Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является</p> <p>А) оценка состояния здоровья пациента</p> <p>Б) определение сроков и степени нетрудоспособности</p> <p>В) установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз)</p> <p>Г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения</p> <p>+Д) все вышеперечисленное</p>
322	<p>Оборот койки определяется следующим отношением</p> <p>+А) (число госпитализированных больных) / (среднегодовое число коек)</p> <p>Б) (число госпитализированных больных) / (число дней работы койки в году)</p> <p>В) (число госпитализированных больных) / (среднее время пребывания больного на койке)</p> <p>Г) (число госпитализированных больных) / (средние сроки лечения больного в стационаре)</p>
323	<p>Среднее число пребывания больного в стационаре определяется следующим образом</p> <p>А) (число койко-дней фактически проведенных больными) / (среднегодовое число коек)</p> <p>+Б) (число проведенных больными койко-дней)/(число использованных больных)</p> <p>В) (число проведенных больными койко-дней) / (число дней в году)</p> <p>Г) все перечисленное</p>
324	<p>Задачи экспертизы трудоспособности</p> <p>А) научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам</p> <p>Б) правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан</p> <p>В) определение сроков нетрудоспособности с учетом медицинского и трудового прогноза</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
325	<p>При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой</p> <p>+А) непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ</p> <p>Б) регистрации документов в учреждении МСЭ</p> <p>В) все перечисленное</p>
326	<p>Основные принципы экспертизы нетрудоспособности</p> <p>А) общедоступность</p> <p>Б) коллегиальность</p> <p>В) профилактический подход</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
327	<p>При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или дня регистрации документов в учреждении МСЭ, сведения об этом</p> <p>+А) указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного</p> <p>Б) не указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного</p>

	В) все перечисленное
328	При каком условии в учреждении здравоохранения создается ВК А) при наличии поликлиники (поликлинического отделения) Б) при наличии 20 и более врачебных должностей +В) по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности Г) все перечисленное
329	В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не выдается А) за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении Б) за хроническими больными в период ремиссии В) в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы Г) в период отпуска по беременности и родам Д) в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет +Е) во всех перечисленных случаях
330	Сколько листков нетрудоспособности по уходу выдается при одновременном заболевании более двух детей А) один +Б) выдается второй листок В) все перечисленное
331	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
332	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
333	В каких случаях ВК может продлить листок нетрудоспособности до 12 месяцев А) после инфаркта миокарда Б) после инсульта В) при онкозаболеваниях +Г) при травмах, туберкулезе и после реконструктивных операций
334	При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается А) с 1-го дня нетрудоспособности Б) с 3-го дня нетрудоспособности В) с 6-го дня нетрудоспособности Г) с 10-го дня нетрудоспособности +Д) со дня окончания отпуска
335	Какой выдается документ о нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения А) выдается справка на все дни Б) листок нетрудоспособности не выдается В) выдается справка на 3 дня, затем листок нетрудоспособности +Г) выдается листок нетрудоспособности с отметкой о факте опьянения в истории болезни и в листке нетрудоспособности
336	Специальные показатели при оценке медицинской результативности:

	<p>А) выздоровление, улучшение Б) смерть В) состояние без изменения +Г) послеоперационная летальность, уровень 5-ти летней выживаемости у онкологических больных Д) ухудшение</p>
337	<p>Субъектами ведомственного контроля качества медицинской помощи являются: А) пациент, общества потребителей Б) МСО, ТФОМС +В) медицинские учреждения Г) заместитель главного врача по организационно-методической работе Д) арбитражный суд</p>
338	<p>К категории случайных исходов врачебного вмешательства могут быть отнесены: А) смертельные исходы от наркоза, в результате особого состояния организма Б) внезапная смерть при внутривенных вливаниях, в результате повышенной чувствительности организма В) случайные обстоятельства, не зависящие от действий врача +Г) все перечисленное</p>
339	<p>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</p>
340	<p>Общий показатель при оценке медицинской результативности: А) выздоровление Б) смерть В) улучшение, ухудшение Г) состояние без изменения +Д) все перечисленное</p>
341	<p>Судебно-медицинская экспертная комиссия при рассмотрении так называемых «врачебных дел» решает все перечисленные вопросы, кроме: А) о правильности лечения +Б) о виновности врача в неблагоприятном исходе лечения В) о причине смерти больного Г) о наличии причинной связи между лечением и наступлением смерти Д) о полноте объёма обследования</p>
342	<p>Врач будет привлечен к уголовной ответственности за неоказание помощи больному во всех случаях, кроме тех, когда помощь не оказана в связи с: А) окончанием рабочего дня +Б) болезнью врача В) отсутствием транспорта Г) несовпадением профиля болезни со специализацией врача Д) проживанием больного на другом участке</p>
343	<p>Какое минимальное количество специалистов должно входить в состав судебно-медицинской экспертной комиссии при производстве МСЭ по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников: +А) не менее 3 Б) не менее 4 В) не менее 5 Г) не менее 6 Д) не менее 7</p>

344	<p>В состав судебно-медицинской экспертной комиссии при разборе «врачебных дел» входят все перечисленные лица, кроме:</p> <p>А) судебно-медицинского эксперта +Б) следователя прокуратуры В) секретаря комиссии Г) начальника бюро МСЭ Д) врача-консультанта</p>
345	<p>Какие врачебные ошибки могут быть обнаружены при производстве МСЭ по «врачебным делам»:</p> <p>А) диагностические Б) лечебные В) организационные +Г) все перечисленное</p>
346	<p>В случае возникновения разногласий среди членов судебно-медицинской экспертной комиссии предусматривается оформление:</p> <p>А) подписываемого всеми членами комиссии заключения с изложением всех точек зрения членов комиссии Б) подписываемого всеми членами комиссии заключения, отражающего мнение большинства членов комиссии В) подписываемого всеми членами комиссии заключения только по согласованным позициям +Г) заключения каждым экспертом отдельно</p>
347	<p>В основу заключения судебно-медицинской экспертной комиссии не могут быть положены:</p> <p>А) сведения из медицинских документов Б) показания медицинских работников +В) все перечисленное</p>
348	<p>В основе врачебных ошибок может лежать все перечисленное, кроме:</p> <p>А) объективных трудностей диагностики Б) недостаточного опыта врача +В) неоказания помощи больному Г) индивидуальных особенностей течения болезни Д) отсутствие средств диагностики и лечения</p>
349	<p>Кто вправе назначить комиссионную МСЭ по делам профессиональных правонарушений медицинских работников:</p> <p>А) участковый инспектор ОВД Б) судья В) адвокат +Г) прокурор</p>
350	<p>Согласно рекомендаций ВОЗ «качество медицинской помощи» может быть определено как:</p> <p>+А) содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации врача, минимальном риске для пациента, оптимальном использовании ресурсов и удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения Б) качественно оказанные лечебно-диагностические мероприятия В) категория, выражающая неотделимую от объекта его сущностную определенность благодаря которой этот объект является именно этим, а не другим объектом Г) всеобщая характеристика объектов, проявляющаяся в совокупности их свойств Д) соответствие фактически оказанных медицинских услуг установленным медицинским стандартом</p>
351	<p>Экспертиза качества медицинской помощи – это:</p>

	<p>А) исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи с целью выявления дефектов и нарушений</p> <p>Б) установление фактических и возможных причин и последствий выявленных дефектов и нарушений</p> <p>В) подготовка рекомендаций по устранению причин выявленных дефектов и нарушений</p> <p>+Г) все вышеперечисленное</p> <p>Д) исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи, подготовка рекомендаций</p>
352	<p>В основе врачебных ошибок может лежать все перечисленное, кроме:</p> <p>А) объективных трудностей диагностики</p> <p>Б) недостаточного опыта врача</p> <p>+В) неоказания помощи больному</p> <p>Г) индивидуальных особенностей течения болезни</p> <p>Д) отсутствие средств диагностики и лечения</p>
353	<p>Какие врачебные ошибки могут быть обнаружены при производстве МСЭ по «врачебным делам»:</p> <p>А) диагностические</p> <p>Б) лечебные</p> <p>В) организационные</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
354	<p>Врач может быть привлечен к уголовной ответственности, если:</p> <p>А) неблагоприятный исход болезни был обусловлен некачественным обследованием больного</p> <p>Б) неблагоприятный исход болезни был обусловлен дефектами в лечении больного</p> <p>В) смерть больного обусловлена ненадлежащим выполнением врачом своих профессиональных обязанностей</p> <p>+Г) все перечисленное</p>
355	<p>Виды медицинской сортировки:</p> <p>А) опасные для окружающих, ходячие, носилочные, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи</p> <p>Б) внутрипунктовая сортировка, эвакуотранспортная сортировка, прогностическая сортировка</p> <p>+В) внутрипунктовая, эвакуотранспортная</p> <p>Г) опасные для окружающих, ходячие, носилочные и эвакуотранспортные</p>
356	<p>Основные требования, предъявляемые к оказанию медицинской помощи в двухэтапной системе лечебно-эвакуационного обеспечения пораженных:</p> <p>А) последовательность в выполнении всех видов медицинской помощи на 1-2 этапах медицинской эвакуации</p> <p>Б) своевременность оказания первой медицинской, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи</p> <p>+В) преемственность в последовательно проводимых лечебно-профилактических мероприятиях и своевременность их выполнения</p> <p>Г) своевременность оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи на этапах эвакуации.</p> <p>Д) своевременное оказание медицинской помощи в очаге поражения, эвакуация их в безопасную зону</p>
357	<p>В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие санитарно-гигиенические последствия:</p> <p>+А) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных</p> <p>Б) массивное микробное загрязнение местности</p>

	<p>В) немедленное появление большого числа инфекционных больных</p> <p>Г) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение</p>
358	<p>Методы временной остановки наружного кровотечения:</p> <p>+А) наложение кровоостанавливающего жгута, давящая повязка, тугая тампонада раны, форсированное сгибание конечностей, с последующей фиксацией, пальцевое прижатие кровоточащего сосуда</p> <p>Б) наложение асептической повязки, пальцевое прижатие кровоточащего сосуда, давящая повязка, наложение жгута</p> <p>В) наложение кровоостанавливающего жгута, давящая повязка, введение гемостатических средств</p> <p>Г) давящая повязка, тугая тампонада раны, эвакуация в ближайшие ЛПУ</p>
359	<p>Мероприятия по предупреждению раневой инфекции у поражённых в очагах ЧС:</p> <p>А) асептические повязки, антибиотики на месте поражения, первичная хирургическая обработка ран, эвакуация в ЛПУ</p> <p>Б) ранняя антибиотикотерапия, первичная хирургическая обработка ран, обезболивание, инфузионная терапия</p> <p>+В) наложение асептической повязки на месте поражения, транспортная иммобилизация, ранняя антибиотикотерапия, активная иммунизация, исчерпывающая первичная хирургическая обработка ран, восполнение кровопотери</p> <p>Г) антибиотики на месте поражения, первичная хирургическая обработка ран, эвакуация в ЛПУ</p>
360	<p>Средства обеззараживания воды в очагах массового поражения:</p> <p>+А) гиперхлорирование (с последующим дехлорированием), кипячение, фильтрация, отстаивание, применение перекиси водорода, пергидроля, пантоцида</p> <p>Б) хлорирование, фильтрация, применение перекиси водорода, пергидроля, пантоцида</p> <p>В) гиперхлорирование, отстаивание, фильтрация, применение пантоцида.</p> <p>Г) кипячение, фильтрация</p> <p>Д) гиперхлорирование</p>
361	<p>Определение понятия "Этап медицинской эвакуации":</p> <p>А) место оказания медицинской помощи в очаге и медицинское учреждение, в которое эвакуируется пораженный</p> <p>Б) время нахождения пораженного населения в период его эвакуации из очага в больницу безопасной зоны на транспортных средствах</p> <p>В) лечебные учреждения, развернутые на путях эвакуации пораженных</p> <p>+Г) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации, обеспечивающие прием пораженных, их сортировку, оказание медицинской помощи и лечение и подготовку к эвакуации</p> <p>Д) оказание медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации</p>
362	<p>Наиболее эффективный способ защиты от внешнего гамма-излучения радиоактивных выпадений:</p> <p>А) укрытие в защитных сооружениях</p> <p>+Б) своевременная эвакуация</p> <p>В) медикаментозная профилактика лучевых поражений</p> <p>Г) обеспечение населения защитной одеждой и противогазами</p>
363	<p>Основные способы защиты населения в очагах ЧС:</p> <p>+А) использование защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация, использование средств индивидуальной защиты, в том числе медицинской</p> <p>Б) эвакуация населения из городов, оказание медицинской помощи и лечение, укрытие населения в убежищах</p> <p>В) оповещение населения об угрозе возникновения ЧС, укрытие в защитных сооружениях, использование противогазов</p>

	<p>Г) обеспечение населения средствами защиты кожи, использование противорадиационных укрытий</p> <p>Д) эвакуация населения в безопасную зону</p>
364	<p>Содержание аптечки индивидуальной:</p> <p>А) антидот (тарен), противобактериальное средство (сульфадиметоксин), радиозащитное средство, противорвотное средство</p> <p>Б) антидот, противобактериальное средство, радиозащитные средства (цистамин, йодид калия), противорвотное средство (этаперазин)</p> <p>В) противобактериальные средства (сульфадиметоксин), противорвотное средство, обезболивающее средство</p> <p>+Г) антидот против ФОВ, противобактериальные средства (антибиотик, сульфадиметоксин), радиозащитные средства (цистамин, йодид калия), противорвотное средство (этаперазин), обезболивающее</p> <p>Д) йодид калия, цистамин, сульфадиметоксин</p>
365	<p>Первая медицинская помощь при отморожении нижних конечностей:</p> <p>+) погружение стоп в воду с температурой до 40 градусов</p> <p>Б) наложение теплоизолирующих повязок</p> <p>В) госпитализация в стационар</p>
366	<p>Меры направленные на ликвидацию расстройств внешнего дыхания при травматическом шоке:</p> <p>А) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей</p> <p>Б) интубация трахеи</p> <p>В) оксигенотерапия</p> <p>+Г) катетеризация</p>
367	<p>При отравлении ФОВ антидотом является</p> <p>А) афин</p> <p>Б) антициан</p> <p>+В) все перечисленное</p>
368	<p>Этапов медицинской эвакуации приняты в службе медицины катастроф:</p> <p>А) 1 этап</p> <p>Б) 2 этапа</p> <p>+В) 3 этапа</p> <p>Г) 4 этапа</p>
369	<p>Признаки правильного наложения жгута</p> <p>А) посинение конечности</p> <p>+Б) онемение конечности</p> <p>В) прекращение кровотечения и онемение конечности</p> <p>Г) прекращение кровотечения и исчезновение пульса на периферии конечности</p>
370	<p>Огнестрельная рана считается сквозной, если имеется</p> <p>А) только входное отверстие</p> <p>Б) только выходное отверстие</p> <p>+В) входное и выходное отверстие</p> <p>Г) все ответы верны</p>
371	<p>Транспортировка больных с повреждением таза</p> <p>+А) лежа на носилках, поза «лягушки»</p> <p>Б) в устойчивом боковом положении</p> <p>В) полусидя</p> <p>Г) лежа на носилках с валиком под поясницей</p>
372	<p>Первая медицинская помощь при ранении наружной сонной артерии</p> <p>+А) пальцевое прижатие</p> <p>Б) наложение давящей воздухопроницаемой повязки</p> <p>В) обезболивание</p>

	Г) прошивание раны
373	Непосредственной причиной смерти при поражении ФОВ является А) желудочное кровотечение Б) остановка дыхания +В) прекращение сердечной деятельности Г) судороги
374	Наиболее быстро симптомы поражения ФОВ развиваются при следующих путях проникновения А) ингаляционном +Б) перкутанном В) через раневые поверхности Г) пероральном Д) через слизистые глаз
375	Для защиты от поражения ОВ кожно-нарывного действия необходимо использовать: +А) профилактический антидот Б) фильтрующий противогаз В) средства защиты кожи Г) средства защиты кожи и фильтрующий противогаз
376	Физическая нагрузка провоцирует развитие тяжелой интоксикации (эвакуация только лежа) при поражении веществами: А) удушающего действия +Б) общеядовитого действия В) нейтропными ядами Г) метаболическими ядами Д) прижигающего действия
377	При ликвидации аварий на химически опасных объектах, когда концентрация аммиака неизвестна, работы должны проводиться с использованием: А) противогаза Б) респиратора +В) изолирующего противогаза Г) все перечисленное

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 Государственной итоговой аттестации для ординаторов по специальности 31.08.53 «Эндокринология» / Н. А. Слободнюк. - Ульяновск : УлГУ, 2022. - 86 с. - Неопубликованный ресурс. - URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/11534> . - 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://ura.it.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>. - 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.