

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт усовершенствования врачей

**УТВЕРЖДАЮ**
Ректор
доцент Г.Г. Борщев
_____ 2023 год

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Кафедра внутренних болезней

Специальность – 31.08.53 Эндокринология

Направленность (профиль) программы - Эндокринология

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения - очная

Рекомендовано

учебно-методическим советом

Протокол № 1

«27» февраля 2023 год

МОСКВА, 2023

Составители:

Терпигориев С.А., д.м.н., заведующий кафедрой внутренних болезней

Догадова Т.В., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

Щепеткова Л.В., ассистент кафедры внутренних болезней

Рецензенты:

Бранько В.В., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

Программа государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.53 Эндокринология, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 02.02.2022 г. № 100.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой



Н.А. Михашина

Структура и содержание программы государственной итоговой аттестации

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Институтом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-эндокринолог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-эндокринолог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и

	применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способность разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способность руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
Коммуникация	УК-4. Способность выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способность использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные

		<p>пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач</p> <p>ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности</p>
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способность применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан
		ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способность осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия
		ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способность проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями
		ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способность назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях

		ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
		ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способность проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу
		ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
		ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способность вести медицинскую документацию и организовывать деятельность	ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию

	находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.2 Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способность участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов
		ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способность к оказанию медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»	ПК 1.1 Проводит обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза	02.028 Профессиональный стандарт – Врач-эндокринолог
		ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контролирует его эффективность и безопасность	02.028 Профессиональный стандарт – Врач-эндокринолог
		ПК 1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ	

		реабилитации или абилитации инвалидов	
		ПК-1.4 Проводит медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы, медицинские осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы	
		ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способность к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1 Поводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	02.028 Профессиональный стандарт – Врач-эндокринолог

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена. Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на два практических вопроса. Первый практический вопрос направлен на знание методов диагностики в офтальмологии. В процессе ответа обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений). Второй навык может заключаться в оценке лабораторного и/или инструментального исследования. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Института, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической

	подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1. Нарушению толерантности к глюкозе соответствуют следующие концентрации глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л):

А. натощак $< 6,7$ через 2 часа $> 7,8$ и $< 11,1$

Б. натощак $< 6,1$ через 2 часа $> 7,2$ и $< 11,1$

В. натощак $< 6,1$ через 2 часа $> 7,8$ и $< 11,1$

Г. натощак $> 5,6$ через 2 часа $> 7,8$ и $< 11,1$

2. Стенокардия при сахарном диабете нередко протекает атипично, проявляясь:

А. потливостью

Б. сердцебиением

В. одышкой

Г. отсутствием боли

3. Безотлагательное проведение лазерной фотокоагуляции необходимо при:

А. периферической форме неоваскуляризации сетчатки

Б. макулярном отеке

- В. обширном разрастании соединительной ткани на поверхности сетчатки
- Г. центральной форме неоваскуляризации сетчатки

4. Диагноз сахарного диабета устанавливается при наличии следующих диагностических критериев:

- А. при уровне гликированного гемоглобина более 6,0% только в сочетании с наличием жажды, полиурии, слабости
- Б. при уровне гликированного гемоглобина более 6,5% только в сочетании с наличием жажды, полиурии, слабости
- В. при уровне гликированного гемоглобина более 6,5% независимо от наличия или отсутствия каких-либо жалоб и симптомов, характерных для сахарного диабета
- Г. при уровне гликированного гемоглобина более 7,5% независимо от наличия или отсутствия каких-либо жалоб и симптомов, характерных для сахарного диабета

5. Бигуаниды способствуют всему, кроме:

- А. преодолению инсулинорезистентности
- Б. улучшению транспорта глюкозы внутрь клетки
- В. подавлению печеночного глюконеогенеза
- Г. уменьшению гликогенеза и гликолиза

6. Пролиферативная диабетическая ретинопатия характеризуется следующими проявлениями, кроме:

- А. наличием новообразованных сосудов на поверхности сетчатки
- Б. помутнением хрусталика
- В. обильным разрастанием соединительной ткани на сетчатке
- Г. может осложняться отслойкой сетчатки

7. Абсолютными показаниями для инсулинотерапии являются:

- А. обострение ишемической болезни сердца
- Б. кетоацидоз, диабетическая кома
- В. хронический пиелонефрит

Г. беременность и роды

8. Установленными дефектами секреции инсулина при сахарном диабете 2 типа являются:

- А. нарушение ранней фазы в секреции инсулина в ответ на внутривенное введение глюкозы
- Б. снижение или отсутствие секреции инсулина в ответ на прием пищи
- В. отсутствие возврата к базальному уровню между приемами пищи
- Г. нарушение пульсового характера секреции инсулина

9. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:

- А. жирового гепатоза
- Б. гепатита
- В. цирроза
- Г. сердечной недостаточности

10. У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара крови - 16.3 ммоль/л, мочи - 5%, ацетон в моче положителен. Какой предполагаемый тип диабета у больного?

- А. сахарный диабет 1 типа
- Б. сахарный диабет 2 типа
- В. панкреатогенный СД
- Г. MODY — диабет

11. В группу риска развития сахарного диабета 2 типа относят пациентов, имеющих

- А. гипертриглицеридемию
- Б. гиперхолестеринемию
- В. хроническую сердечную недостаточность
- Г. все вышеперечисленное

12. При кетоацидотической коме наблюдается следующее сочетание симптомов:

- А. Гипергликемия, гиперкетонемия, пониженное артериальное давление, алкалоз
- Б. Нормогликемия, гиперкетонемия, ацидоз
- В. Гипергликемия, гиперкетонемия и ацетонурия, дегидратация, ацидоз, одышка
- Г. Гипогликемия, гиперкетонемия, ускоренная СОЭ, метаболический ацидоз

13. Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия:

- А. Актрапид
- Б. Протафан
- В. Хумалог
- Г. Лантус

14. Больному в гиперосмолярном состоянии в течение первого часа лечения следует ввести 0,9 % раствор хлорида натрия в количестве:

- А. в зависимости от уровня натрия
- Б. 500 мл
- В. 1000 мл
- Г. 1500 мл

15. Механизм действия сульфаниламидных препаратов включает:

- А. уменьшение числа тканевых рецепторов инсулина
- Б. стимуляцию секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы
- В. увеличение продукции глюкагона
- Г. увеличение чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину

16. Больной, страдающий сахарным диабетом 1 типа, находится в реанимационном отделении с диагнозом кетоацидотическая кома. В момент осмотра сознание отсутствует, реакция зрачков на свет сохранена, гипорефлексия. Кожные покровы сухие, тургор снижен ЧД - 28 в мин. В выдыхаемом воздухе определяется резкий запах ацетона. Гликемия 16,3 ммоль/л, рН крови - 7,1 Калий - 3,2 ммоль/л. Какой из перечисленных

вариантов лечения наиболее приемлем в данном случае?

- А. Раствор 5% глюкозы - 300 мл/час в/в, Актрапид НМ - 4 ед/час в/м, КС1 - 2 г/ч кислород
- Б. 5% раствор глюкозы - 200 мл/час в/в, Актрапид - 4 ед/час подкожно через каждые два часа, КС1 - 3 г/час.
- В. 40% раствор глюкозы струйно до восстановления сознания, глюкагон - 1 мг в/м, КС1 - 2 г/час, 10% раствор глюкозы - 300 мл в/в капельно медленно
- Г. 0,9% NaCl – 800 мл/час, далее по 500 мл/час, Актрапид -0,1 ед на кг реальной массы тела в час, КС1 – 1.2 г/час

17. Диагноз сахарного диабета устанавливается при наличии следующих диагностических критериев:

- А. при однократном определении гликемии натощак в плазме венозной крови равной или более 11,1 ммоль/л в сочетании с наличием жалоб на жажду, полиурию, кожный и вагинальный зуд
- Б. при однократном определении гликемии натощак в плазме венозной крови равной или более 7,0 ммоль/л в сочетании с наличием жалоб на жажду, полиурию, кожный и вагинальный зуд
- В. при двукратном определении гликемии натощак в плазме венозной крови равной или более 7,0 ммоль/л независимо от наличия или отсутствия каких-либо жалоб и симптомов, характерных для сахарного диабета
- Г. при двукратном определении гликемии натощак в плазме венозной крови равной или более 6,1 ммоль/л независимо от наличия или отсутствия каких-либо жалоб и симптомов, характерных для сахарного диабета

18. Беременным женщинам, имеющим один фактор высокого риска развития ГСД, скрининговый тест (ПГТТ с 75 гр. глюкозы) проводится:

- А. на 29-35 неделе гестации
- Б. на 7-13 неделе гестации
- В. на 16-18 неделе гестации
- Г. на 24-28 неделе гестации

19. Диабетическая дислипидемия включает все, кроме:

- А. Гиперхолестеринемия

- Б. Гипертриглицеридемия
- В. Снижение концентрации ХС ЛПВП
- Г. Повышение уровня «малых, плотных» ЛПНП

20. Целевые показатели липидного обмена для пациентокбольных диабетом:

- А. ОХ < 5,0 ммоль/л; ЛПНП <3,0 ммоль/л; ЛПВП <1,2 ммоль/л; ТГ < 1,7ммоль/л
- Б. ОХ < 4,5 ммоль/л; ЛПНП <2,6 ммоль/л; ЛПВП >1,2 ммоль/л; ТГ< 1,7ммоль/л
- В. ОХ < 4,5 ммоль/л; ЛПНП >2,6 ммоль/л; ЛПВП >1,0 ммоль/л; ТГ > 1,8ммоль/л
- Г. ОХ < 4,8 ммоль/л; ЛПНП <2,6 ммоль/л; ЛПВП <1,0 ммоль/л; ТГ > 1,8 ммоль/л

21. Больной с тяжелым гипогликемическим состоянием не пришел в сознание после 100 мл 40% раствора глюкозы. Ваши действия:

- А. Прием легкоусвояемых углеводов
- Б. Начать внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы
- В. Инъекция ультракороткого инсулина
- Г. 1 мл р-ра

22. Микроальбуминурия — это экскреция альбумина с мочой за сутки в количестве:

- А. Менее 30 мг/сут.
- Б. 20 — 199 мг/сут.
- В. 30 — 299 мг/сут.
- Г. Более 300 мг/сут.

23. К группе высокого сердечно-сосудистого риска относят пациентов

- А. имеющих в анамнезе аортокоронарное шунтирование
- Б. имеющих ожирение
- В. имеющих уровень риска по SCORE равный или более 5%, но менее 10%

Г. имеющих уровень риска по SCORE равный или более 5%, но менее 15%

24. Согласно критериям, предложенным Международной Федерацией Диабета в 2005 году, диагноз метаболического синдрома у взрослых устанавливается при наличии

- А. ожирения в сочетании с гиперхолестеринемией и артериальной гипертонией
- Б. абдоминального ожирения в сочетании с гипертриглицеридемией и гиперхолестеринемией
- В. абдоминального ожирения в сочетании с гипертриглицеридемией и сахарным диабетом 2 типа
- Г. абдоминального ожирения в сочетании с артериальной гипертонией и гипертриглицеридемией

25. Целевые значения гемоглобина крови у больных с СД на диализе:

- А. более 11,0 г/дл, но менее 12,0 г/дл
- Б. более 13,0 г/дл
- В. от 10,0 до 13,5 г/дл
- Г. не менее 10 г/дл

26. Монотерапия метформином снижает уровень гликированного гемоглобина на:

- А. 0.5-1%
- Б. 1 - 2%
- В. 2-3%
- Г. более 3 %

27. К механизмам действия агонистов глюкагоноподобного пептида не относится:

- А. замедление всасывание углеводов в кишечнике
- Б. замедление опорожнения желудка
- В. глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью

Г. уменьшение потребления пищи

28. Что не характерно для клиники нейропатической формы синдрома диабетической стопы:

А. сухая кожа с участками гиперкератоза

Б. деформация стоп, пальцев, голеностопного сустава

В. перемежающаяся хромота

Г. безболезненные язвенные дефекты в зонах избыточного нагрузочного давления

29. Показанием для отмены ингибитора АПФ у пациента с СД является все, кроме:

А. гиперкалиемия > 6 ммоль/л

Б. повышение креатинина сыворотки $> 30\%$ от исходных значений в течение 2-х недель терапии

В. двусторонний стеноз почечных артерий

Г. СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²

30. При болевом синдроме у больных с диабетической полинейропатией не эффективны:

А. наркотические анальгетики

Б. трициклические антидепрессанты

В. габапентин

Г. актовегин

31. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно:

А. визуальное увеличение щитовидной железы

Б. пальпаторное увеличение щитовидной железы

В. зоб, изменяющий конфигурацию шеи

Г. щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи

32. При проведении пробы с трийодтиронином для токсического зоба характерно:

А. снижение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой (на 50%)

- Б. отсутствие угнетения поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- В. угнетение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой (на 60% и >)
- Г. повышение поглощения йода щитовидной железой на 30%

33. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение:

- А. антител к тиреоглобулину
- Б. антител к микросомальной фракции
- В. антител к клеткам щитовидной железы
- Г. иммуноглобулинов

34. При тиреотоксикозе средней тяжести первоначальная доза мерказолила в сутки составляет:

- А. 30-40 мг
- Б. 20 мг
- В. 10 мг
- Г. 5 мг

35. Длительность терапии мерказолилом тиреотоксикоза составляет не менее:

- А. 2-3 мес.
- Б. 4-6 мес.
- В. 7-11 мес.
- Г. 12-18 мес.

36. Механизм действия радиоактивного йода при диффузном токсическом зобе обусловлен:

- А. воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
- Б. воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
- В. блокированием поступления йода в щитовидную железу

Г. торможением превращения тироксина в трийодтиронин

37. Третичный гипотиреоз обусловлен:

А. аденомой гипофиза

Б. синдромом Симмондса — Шиена

В. недостатком введения в организм йода

Г. первичным поражением гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин

38. Препаратом выбора для заместительной терапии гипотиреоза является:

А. тиреоидин

Б. тиреотом

В. тирекомб

Г. L-тироксин

39. В йоддефицитной местности лечебную дозу йода необходимо назначить:

А. беременной с нормальными размерами щитовидной железы

Б. при диффузном увеличении щитовидной железы I степени и эутиреозе

В. при диффузном увеличении щитовидной железы II степени и субклиническом гипотиреозе

Г. при узловом зобе и эутиреозе

40. В лечении эндемического зоба предпочтительнее:

А. препараты йода

Б. препараты тиреоидных гормонов

В. глюкокортикоиды

Г. сочетание препаратов йода и тиреоидных гормонов

41. Наиболее часто при остром тиреоидите выявляют:

А. стафило- и стрептококки

Б. риккетсии

В. вирусы

Г. грибы

42. Для поражения сердца при ДТЗ характерно:

- А. постоянная синусовая тахикардия
- Б. частое развитие мерцательной аритмии
- В. снижение периферического сопротивления
- Г. все вышеперечисленное

43. У женщины 60 лет непереносимость холода. При осмотре: холодная желтая кожа, румянец щек, увеличение языка. Что из перечисленного ниже окажется нетипичным для данного случая?

- А. брадикардия
- Б. высокий уровень ТТГ
- В. высокий зубец Т на ЭКГ
- Г. повышение уровня холестерина

44. Для диагностики тиреотоксикоза первостепенное значение имеет определение в крови концентрации:

- А. Общего Т4 и свободного Т4
- Б. Свободного Т3 и ТТГ
- В. ТТГ и свободного Т4
- Г. ТТГ и антител к пероксидазе тиреоцитов

45. Аутоиммунный тиреоидит часто сочетается с:

- А. ревматоидным артритом
- Б. синдромом Шегрена
- В. сахарным диабетом 1 типа
- Г. все верно

46. При гипотиреодной коме больному в первые сутки необходимо ввести L-тироксин в дозе:

- А. 300 мкг
- Б. 25 мкг

В. 100 мкг

Г. 1000 мкг

47. У больного резкие головные боли, чувство жара во всем теле, профузный пот, резкое психическое и двигательное возбуждение. При осмотре: температура $38,5^{\circ}\text{C}$, «пылающие» лицо, шея, локти и колени. Слизистая оболочка рта и глотки сухая, красная, ранимая, саливация нарушена. Глазные щели широко раскрыты. Тремор конечностей. ЧСС – 130 в минуту. ЧДД – 29 в минуту. АД 130/50 мм ртст. Предположительный диагноз:

А. острая надпочечниковая недостаточность

Б. тиреотоксический криз

В. диабетический кетоацидоз

Г. инфекционный шок

48. При осмотре у больного одутловатое лицо с грубыми чертами. Периорбитальные отеки. Температура тела $34,9^{\circ}\text{C}$. Дыхание поверхностное, редкое. ЧСС 40 в минуту. На ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, слабо выраженные зубцы Т и Р, снижение интервала S-T ниже изолинии. Предположительный диагноз:

А. гипопитуитарная кома

Б. острое нарушение мозгового кровообращения

В. инфаркт миокарда

Г. гипотиреоидная кома

49. О каком осложнении терапии тиреостатиками необходимо помнить:

А. лейкопения

Б. анемия

В. тромбоцитопения

Г. тромбоцитоз

50. При тиреотоксической стадии подострого гранулематозного тиреоидита назначают:

А. антибиотики и аспирин

Б. глюкокортикоиды и мерказолил

- В. мерказолил и β - адреноблокаторы
- Г. β -адреноблокаторы и глюкокортикоиды

51. Снижение костной плотности может отмечаться при приеме следующих медикаментов:

- А. петлевые диуретики
- Б. препараты витамина Д
- В. аспирин
- Г. антибактериальные препараты

52. Раньше всего костная плотность снижается в следующих участках скелета:

- А. позвоночник
- Б. тазобедренный сустав
- В. голень
- Г. предплечье

53. Точкой приложения бисфосфонатов терапии являются:

- А. остеобласты
- Б. остеокласты
- В. остеоциты
- Г. остеоиды

54. Первая помощь при гиперкальциемическом кризе включает в себя:

- А. интенсивная инфузионная терапия с последующим форсированным диурезом
- Б. введение паратиреоидина в дозе 40-100 Ед в/м
- В. введение альфакальцидола 2-4 мкг/сут, разделенное на два приема.
- Г. внутривенно струйно 100-150 мг гидрокортизона с последующим болюсным введением.

55. Для гиперпаратиреоза характерно:

- А. высокий фосфор, нормальный кальций

- Б. нормальный фосфор, низкий кальций
- В. низкий фосфор, высокий кальций
- Г. низкий фосфор и нормальный кальций в крови

56. В сетчатой зоне коры надпочечников вырабатываются:

- А. андрогены
- Б. эстрогены
- В. кортизол
- Г. альдостерон

57. Выберите наиболее патогенетически обоснованное сочетание препаратов для снижения АД у больных с феохромоцитомой:

- А. верапамил, пролазин, гипотиазид
- Б. доксазозин, клофелин, нифедипин
- В. бисапролол, фозиноприл, индапамид
- Г. верошпирон, метопролол, физиотенз

58. Кортикоэстрома - опухоль коры надпочечников, в основном продуцирующая:

- А. андрогены
- Б. эстрогены
- В. альдостерон
- Г. кортизол

59. Секрцию соматотропного гормона подавляет:

- А. глюкагон
- Б. серотонин
- В. соматостатин
- Г. инсулин

60. Опухоль, секретирующая СТГ кроме гипофиза может локализоваться в:

- А. гипоталамусе

- Б. поджелудочной железе
- В. средостении
- Г. толстом кишечнике

61. Причиной болезни Иценко-Кушинга является:

- А. эктопическая продукция АКТГ
- Б. аденоматоз коры надпочечников
- В. кортикостерома
- Г. базофильная аденома гипофиза

62. Для эктопического АКТГ-синдрома характерно:

- А. положительная большая проба с дексаметазоном
- Б. повышение экскреции 17-ОКС (проба с метопироном)
- В. гиперкалиемия
- Г. очень высокий уровень АКТГ

63. Наиболее типичные для аддисонического криза уровни Na и K (ммоль/л):

- А. Na-118, K-7,5
- Б. Na -120, K – 3,0
- В. Na -144, K - 2,9
- Г. Na-145, K-5,5

64. Отрицательный результат (отсутствие подавления) большой пробы с дексаметазоном позволяет исключить:

- А. болезнь Иценко-Кушинга
- Б. аденоматоз коры надпочечников
- В. кортикостерому
- Г. эктопический АКТГ-синдром

65. При феохромоцитоме не регистрируют:

- А. сахарный диабет

- Б. нейрофиброматоз
- В. снижение основного обмена
- Г. ганглионейромы слизистой полости рта

66. Какой из перечисленных препаратов обладает наибольшей минералокортикоидной активностью?

- А. преднизолон
- Б. дексаметазон
- В. кортизона ацетат
- Г. метипред

67. Какой гормон вырабатывается в аденогипофизе?

- А. вазопрессин
- Б. окситоцин
- В. кальцитонин
- Г. пролактин

68. Для первичного гиперальдостеронизма (в отличие от вторичного) не характерно:

- А. повышение ренина
- Б. щелочная реакция мочи, полиурия, полидипсия
- В. гипокалиемия
- Г. отсутствие отеков

69. Феохромоцитома локализуется в:

- А. мозговом веществе надпочечников
- Б. мочевом пузыре
- В. параганглиях по ходу брюшной аорты
- Г. корковом веществе надпочечников

70. Причинами развития хронической недостаточности коры надпочечников могут быть:

- А. аутоиммунное поражение надпочечников
- Б. туберкулез
- В. опухоли и метастазы рака в надпочечники
- Г. все перечисленное

71. Основным медикаментозным методом лечения климактерического невроза является:

- А. прогестерон и его синтетические аналоги
- Б. заместительная гормональная терапия
- В. сочетанное назначение эстрогенов и андрогенов
- Г. нейролептические препараты

72. Аменорея при повышенном уровне гонадотропинов встречается при:

- А. синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера
- Б. дисгинезии гонад
- В. синдроме Кальмана
- Г. неврогенной анорексии

73. Для синдрома поликистозных яичников наиболее характерно:

- А. повышение концентрации ЛГ
- Б. повышение уровня ФСГ
- В. снижение уровня тестостерона
- Г. повышение уровня пролактина

74. Гинекомастия – это:

- А. Увеличение ткани молочной железы у женщин
- Б. Наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин
- В. Замещение ткани грудной железы на жировую у мужчин
- Г. Деформация молочных желез у женщин

75. Укажите гормон, секреция которого ингибируется при высокой

концентрации в крови эстрогенов:

- А. Прогестерон
- Б. ФСГ
- В. ЛГ
- Г. АКТГ

76. Развитию гинекомастии у мужчин могут способствовать:

- А. анаболические стероиды
- Б. героин
- В. нифедипин
- Г. все выше перечисленное

77. Обязательными проявлениями синдрома Шерешевского-Тернера являются:

- А. отсутствие гонад
- Б. замещение гонад соединительной тканью
- В. гипоплазия матки
- Г. все выше перечисленное

78. Лабораторными маркерами синдрома Шерешевского-Тернера являются:

- А. повышение уровня гонадотропных гормонов
- Б. снижение уровня эстрогенов
- В. усиленное выделение с мочой гонадотропинов
- Г. все выше перечисленное

79. При повышенном уровне триглицеридов и повышенном уровне холестерина липопротеинов низкой плотности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа препаратами первого выбора при назначении медикаментозной гиполипидемической терапии являются

- А. фибраты
- Б. статины
- В. ω -3 полиненасыщенные жирные кислоты
- Г. ингибиторы кишечной липазы

80. Для послеродового нейроэндокринного синдрома характерно:
- А. постоянная гипотензия
 - Б. алопеция
 - В. быстрое снижение массы тела
 - Г. нагрубание и болезненность молочных желез
81. Наиболее характерным симптомом климактерия средней тяжести является:
- А. снижение работоспособности
 - Б. приливы до 20 раз в сутки
 - В. нарушение сна, раздражительность
 - Г. сердцебиение
82. Тяжелые поражения тестикул или яичников внутриутробно приводят к развитию:
- А. гипогонадотропного гипогонадизма
 - Б. гипергонадотропного гипогонадизма
 - В. импотенции
 - Г. гипотиреоза
83. Для первичного гипогонадизма характерно:
- А. снижение уровня половых гормонов
 - Б. повышение уровня гонадотропных гормонов
 - В. бесплодие
 - Г. евнухоидные пропорции тела
84. Причиной гипогонадизма у мужчин может быть:
- А. избирательное выпадение секреции ЛГ
 - Б. избирательное выпадение секреции ФСГ
 - В. опухоль гипофиза
 - Г. все вышеперечисленное

85. Циклическая секреция ЛГ и ФСГ обеспечивается:
- А. выбросом гонадотропин-релизинг гормона один раз в 15-45 мин.
 - Б. периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной жидкости
 - В. периодическим выбросом транмиттеров
 - Г. изменением кровотока в портальной системе гипофиза
86. При синдроме Шиена необходимо назначить:
- А. половые гормоны
 - Б. тиреоидные гормоны
 - В. глюкокортикоиды
 - Г. все вышеперечисленное
87. Для стимуляции овуляции применяют:
- А. клостилбегит
 - Б. дюфастон
 - В. утрожестан
 - Г. фемостон
88. Хирургическое лечение ожирения включает:
- А. липосакция
 - Б. выключение части тонкого кишечника
 - В. миостимуляция
 - Г. изменение секреции желудочно-кишечных гормонов
89. При ожирении часто имеют место следующие заболевания эндокринной системы:
- А. сахарный диабет 2 типа
 - Б. бесплодие
 - В. гипокортицизм
 - Г. все вышеперечисленное

90. Ожирение редко наблюдается при:

- А. Гипотиреозе
- Б. Болезни Иценко-Кушинга
- В. Гипокортицизме
- Г. Гипогонадизме

91. Для первичного ожирения характерно:

- А. гиперинсулинизм
- Б. гипоинсулинизм
- В. гипопролактинемия
- Г. гиперкортицизм

92. Лептин – это:

- А. вазоактивное вещество
- Б. гормон
- В. фермент
- Г. электролит

93. При сахарном диабете 2 типа у пациента 45 лет при отсутствии хронических диабетических осложнений и сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний необходимо стремиться к достижению следующих целевых показателей

- А. уровень гликированного гемоглобина менее или равен 6,0 %, уровень артериального давления менее 130-139/80-89, но более 110-115/70-75 мм.рт.ст., уровень ХС ЛНП менее 1,8 ммоль/л
- Б. уровень гликированного гемоглобина менее или равен 7,0 %, уровень артериального давления менее 130-139/80-89, но более 110-115/70-75 мм.рт.ст., уровень ХС ЛНП менее 1,8 ммоль/л
- В. уровень гликированного гемоглобина менее или равен 7,0 %, уровень артериального давления менее 130/80, но более 110-115/70-75 мм.рт.ст., уровень ХС ЛНП менее 2,5 ммоль/л

Г. уровень гликированного гемоглобина менее или равен 6,5 %, уровень артериального давления менее 130/80, но более 110-115/70-75 мм.рт.ст., уровень ХС ЛНП менее 2,0 ммоль/л

94. Дефицит паратгормона характеризуется наличием:

- А. тонических судорог
- Б. повышенной температуры
- В. диареи
- Г. жажды

95. Псевдогипопаратиреоз характеризуется:

- А. сниженным уровнем паратгормона
- Б. повышенным уровнем паратгормона
- В. нормальным уровнем паратгормона
- Г. повышенным уровнем кальция в крови

96. При повышении кальция в сыворотке крови на ЭКГ отмечается:

- А. укорочение интервала QT
- Б. повышение зубца T
- В. удлинение интервала QT
- Г. отрицательный зубец T

97. Для первичного гиперпаратиреоза характерно:

- А. снижение кальция в сыворотке крови
- Б. повышение кальция в сыворотке крови
- В. повышение фосфора в сыворотке крови
- Г. снижение фосфора, выделяемого почками

98. Парафолликулярные клетки (С-клетки) щитовидной железы синтезируют:

- А. кальцитонин
- Б. тироксин
- В. реверсивный трийодтиронин

Г. тиреоглобулин

99. Для лечения гипопаратиреоза используют перечисленные препараты:

А. кальцитриол

Б. 1,25 диоксикальциферол (А-10)

В. дегидротахистерол

Г. все перечисленное

100. Для диагностики аденомы паращитовидных желез могут быть использованы следующие исследования:

А. субтракционная сцинтиграфия с Тl-204 и Тс-99т

Б. сканирование с селен-метионином

В. компьютерная томография

Г. все перечисленное

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Сбор анамнеза, внешний осмотр больного, составление программы клинического обследования;
2. пальпация щитовидной железы;
3. аускультация легких;
4. аускультация сердца;
5. аускультация сосудов;
6. перкуссия и пальпация внутренних органов;
7. измерение артериального давления;
8. обследование периферических сосудов;
9. обследование центральной нервной системы (умение оценить степень расстройства сознания, нарушение речи, памяти);
10. обследование периферической нервной системы (автономные органические нарушения);
11. вегетативной нервной системы (двигательные и чувствительные нарушения,);
12. оценка показателей периферической крови, биохимического исследования (общий белок и его фракции, ферменты, мочевины и креатинина, электролиты, липидный спектр, активность воспалительного процесса);
13. оценка кислотно-основного баланса крови;
14. оценка иммунохимического исследования крови;
15. оценка показателей общего анализа мочи;
16. оценка пробы по Нечипоренко;
17. оценка пробы по Зимницкому;

18. оценка пробы Реберга;
19. оценка состояния углеводного обмена: уровень гликемии и глюкозурии, кетоза и кетоацидоза, гликированного гемоглобина, иммуно-реактивного инсулина, Спептида, степени инсулинорезистентности;
20. проведение и интерпретация глюкозо-толерантного теста;
21. интерпретация данных гормональных исследований;
22. расшифровка и оценка ЭКГ;
23. анализ рентгенограммы органов грудной клетки, краниографии, спондилографии, костей, суставов;
24. анализ данных УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, надпочечников, компьютерной томографии эндокринных желез;
25. оценка уровня антител к щитовидной железе, инсулину, надпочечникам;
26. анализ данных цитологического исследования ткани щитовидной железы (по данным ТАБ);
27. пальпация щитовидной железы;
28. расчет объема щитовидной железы по общепринятой формуле;
29. составление плана эпидемиологических исследований для выявления йоддефицитных заболеваний с использованием стандартных показателей (медиана йодурии, частота зоба);
30. расчет индивидуальной диеты для больных сахарным диабетом;
31. подбор инсулинотерапии для пациента с сахарным диабетом 1 или 2 типа;
32. определение уровня гликемии, сахара и ацетона в моче экспресс-методом;
33. определение микроальбуминурии с помощью тест-полосок;
34. расчет степени инсулинорезистентности по стандартной формуле;
35. определение индекса массы тела;
36. определение плече-лодыжечного индекса;
37. проведение исследования нарушения чувствительности с помощью градуированного камертона, микрофеломентов;
38. определение группы крови.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Метаболический синдром. Современные представления о патогенезе, подходы к терапии.
2. Современные принципы терапии сахарного диабета.
3. Современные принципы терапии ожирения.
4. Методы инструментальной диагностики в эндокринологии.
5. Лучевая терапия в эндокринологии.
6. Сахарный диабет и атеросклероз. Принципы фармакологической коррекции дислипидемий.
7. Методы определения гормонов в диагностике эндокринных нарушений.

8. Супрессивные и стимуляционные тесты в диагностике эндокринных заболеваний.
9. Профилактика сахарного диабета среди населения.
10. Хирургическое лечение эндокринных заболеваний.
11. Сахарный диабет. Определение. Факторы риска. Классификация. Диагностические тесты.
12. Сахарный диабет 1 типа: современные представления об этиологии и патогенезе, клиническая картина, диагностика, принципы терапии.
13. Сахарный диабет 2 типа: современные представления об этиологии и патогенезе, клиническая картина, диагностика, врачебная тактика.
14. Сахарный диабет при эндокринопатиях: механизмы развития, клиническая картина, диагностика, врачебная тактика.
15. Гестационный сахарный диабет: определение, патогенез, диагностические тесты, принципы терапии.
16. Острые осложнения сахарного диабета. Диабетический кетоацидоз. Причины, патогенез. Клинические проявления. Диагностические тесты, дифференциальный диагноз, врачебная тактика.
17. Острые осложнения сахарного диабета. Гиперосмолярный синдром. Причины, патогенез. Клинические проявления. Диагностические тесты, дифференциальный диагноз, врачебная тактика.
18. Синдром гипогликемии. Причины, патогенез. Клинические проявления. Диагностические тесты, дифференциальный диагноз, врачебная тактика.
19. Хронические осложнения сахарного диабета. Диабетическая нефропатия, диабетическая ретинопатия. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Диагностические тесты, врачебная тактика.
20. Хронические осложнения сахарного диабета. Диабетическая полинейропатия. Автономная нейропатия. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Диагностические тесты, врачебная тактика.
21. Синдром диабетической стопы. Определение. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Диагностические тесты, врачебная тактика.

22. Ожирение. Современные представления об этиологии и патогенезе.
Классификация. Диагностические тесты, подходы к терапии.
23. Классификация заболеваний щитовидной железы. Основные клинические синдромы (тиреотоксикоз и гипотиреоз): патогенез, клиника, классификация в зависимости от выраженности.
24. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса): этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
25. Тиреотоксический криз: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
26. Эндокринная офтальмопатия: этиопатогенез, клиника, классификация с учетом активности и выраженности заболевания, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
27. Функциональная автономность щитовидной железы: этиопатогенез, классификация, клиника с учетом стадий заболевания (компенсированная, декомпенсированная), диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
28. Хронический аутоиммунный тиреоидит Хашимото: этиопатогенез, клиника, диагностика, большие диагностические критерии, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Принципы лечения и ведения больных с гипотиреозом, субклиническим гипотиреозом. Гипотиреоидная кома: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
30. Тиреоидиты (острый тиреоидит, подострый тиреоидит де Кервена, фиброзный тиреоидит Риделя, специфические тиреоидиты), радиационные поражения щитовидной железы: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
31. Злокачественные новообразования щитовидной железы: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, основные принципы лечения и ведения больных.
32. Заболевания щитовидной железы и беременность: особенности течения и ведения беременности при тиреотоксикозе и гипотиреозе, риск развития

осложнений со стороны матери и со стороны плода, лечение тиреотоксикоза и гипотиреоза на фоне беременности.

33. Йоддефицитные заболевания и состояния: патогенез, клиника. Оценка выраженности йодного дефицита в регионе. Йодная профилактика.
34. Узловой эутиреоидный зоб: клинические формы, этиопатогенез, клинические особенности, лечение различных клинических форм узлового и полиузлового эутиреоидного зоба.
35. Гиперпаратиреоз: этиопатогенетическая классификация гиперкальциемических состояний, этиопатогенез гиперпаратиреоза, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Псевдогиперпаратиреоз.
36. Гипопаратиреоз: этиопатогенетическая классификация гипокальциемических состояний, этиопатогенез гипопаратиреоза, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Псевдогипопаратиреоз.
37. Гиперкальциемический криз: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
38. Гипокальциемический криз: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
39. Кортикостерома (синдром Иценко-Кушинга) Этиология. Патогенез. Клиническая картина.
40. Основные клинические симптомы синдрома Иценко-Кушинга. Нарушение половой функции. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация.
41. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна). Клиника. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Прогноз и диспансеризация.
42. Гормонально неактивные опухоли надпочечников (инсиденталомы надпочечников). Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
43. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Классификация. Этиология.
44. Первичная, вторичная, третичная надпочечниковая недостаточность.

45. Синдром отмены ГКС. Аутоиммунные полигландулярные синдромы.
46. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
47. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология и патогенез.
48. Лечение и профилактика аддисонического криза. Прогноз.
49. Феохромоцитомы. Характеристика различных форм заболевания (пароксизмальная, смешанная, персистирующая).
50. Катехоламиновый криз. Диагностика. Клиника. Неотложная помощь.
51. Лечение ожирения и метаболического синдрома. Немедикаментозные методы.
52. Медикаментозные методы. Показания. Противопоказания. Хирургические методы лечения ожирения. Профилактика ожирения и метаболического синдрома. Скрининг на выявление сахарного диабета 2 типа. Определение сердечно-сосудистого риска.
53. Болезнь Иценко-Кушинга. Определение. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
54. Акромегалия и гигантизм. Определение понятий «акромегалия» и «гигантизм». Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диагностические тесты для определения активности процесса. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
55. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипопитуитаризм). Этиология. Патогенез.
56. Первичный и вторичный гипопитуитаризм. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Заместительная гормональная терапия. Прогноз и диспансеризация.
57. Синдром гиперпролактинемии. Патологическая гиперпролактинемия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Прогноз и диспансеризация.
58. Синдром поликистозных яичников. Этиология и патогенез. Менструальная функция. Диагностика (критерии) и дифференциальная диагностика. Лечение.

59. Климактерический синдром. Определение понятий: пременопауза, перименопауза, постменопауза, климактерический синдром. Патогенез климактерического синдрома. Клинические проявления климактерического синдрома. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
60. Синдром гиперандрогении у женщин. Определение понятия гиперандрогении. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Прогноз.
61. Синдром гипогонадизма у мужчин. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика первичного, вторичного гипогонадизма, гипогонадизма, обусловленного резистентностью органов мишеней.
62. Остеопороз. Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиологическая классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика.

Ситуационные задачи

Задача 1

У 48-летней нерожавшей женщины с клиническими симптомами тиреотоксикоза отмечается безболезненный зоб незначительных размеров, офтальмопатия отсутствует. Результаты обследования: Т3 – 245 нг/дл (норма 90-200), Т4 – 16,2 нг/дл (норма 4,5-12), ТТГ – 1 мкмоляр/мл (норма 0,5-3,6), поглощение I131 < 1% через 24 часа (норма 20-35%), тиреоглобулин – 25 нг/мл (норма 2-20), СОЭ – 10 мм/час.

Каков вероятный диагноз?

- а) йод-индуцированный тиреотоксикоз
- б) лекарственный тиреотоксикоз
- в) подострый тиреоидит
- г) безболевого форма тиреоидита

Задача 2

У больного, перенесшего отит, вновь резко повысилась температура тела, появилась боль пульсирующего характера в области шеи с иррадиацией в верхнюю и нижнюю челюсти, потливость, сердцебиение. При пальпации щитовидной железы отмечается резкая болезненность и определяется участок флюктуации. В клиническом анализе крови – лейкоцитоз до 13 000 со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ до 25 мм/час.

Какой диагноз Вы поставите этому больному?

- а) подострый тиреоидит
- б) тиреотоксикоз
- в) острый тиреоидит
- г) рак щитовидной железы

Задача 3

Пациент М., 65 лет. Наблюдается у эндокринолога с диагнозом СД 2 тип. Направлен в хирургическое отделение с развившейся диабетической язвой в области 1 пальца правой стопы. Появление язвенного дефекта связывает с травмой: запнулся за порог. При обращении, жалобы на боли в области язвы, тянущие боли в ногах, чувство онемения, парестезии в нижних конечностях, слабость, похудание, сухость во рту, жажда. Также беспокоят давящие боли в сердце и одышка при обычной физической нагрузке, боли в икроножных мышцах при ходьбе на 100 метров, бывают давящие боли в сердце в покое, купируются нитромином.

Из анамнеза: СД в течение 18 лет. В анамнезе не Q-ИМ, длительная артериальная гипертензия. Постоянно принимает Гликлазид 90 мг – утром, Метформин 1000 мг*2 раза в день, Аспирин 100 мг, Кордафлекс 20 мг*2 раза в сутки, Кардикет 20 мг * 2 раза/сут., Вазилип 20 мг. Курит в течение 30 лет.

Осмотр: рост 176 см, масса тела 80 кг (отмечает похудание на 6 кг за последние 2 года). Окружность талии – 102 см. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, гипотрофия мышц нижних и верхних конечностей. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 18 в покое. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 87 уд/мин. При аускультации артерий шеи выявляется шум на сонной артерии справа. АД 180/100 мм рт. ст.

Осмотр ног: кожа сухая, бледная с участками гиперкератозов в области избыточного нагрузочного давления, атрофия тыльных межкостных мышц стоп, небольшая отечность стопы справа. Язвенный дефект умеренно болезненный, 2 см в диаметре, покрыт струпом. Пульсация на тыльной артерии стопы не определяется, на задней большеберцовой снижена. Слева определяется отчетливо. С помощью инструментальных методов выявлено умеренное снижение тактильной и вибрационной чувствительности на уровне стоп справа и слева.

Лабораторные и инструментальные исследования: гликемический профиль: перед завтраком – 12,6 ммоль/л, перед обедом – 15,2 ммоль/л, перед ужином – 18,6 ммоль/л, перед сном – 16,6 ммоль/л. HbA1C (гликированный гемоглобин) – 11,6%. Креатинин 117 мкмоль/л, ОХС – 5.2 ммоль/л, ТГ – 1,9 ммоль/л, ХС ЛПВП – 0,42 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет желтый, удельный вес 1025, реакция – кислая; белок – 0,45 г/л, сахар – 56 ммоль/л, ацетон – отрицателен, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Доплерометрия сосудов нижних конечностей: ПЛИ (плече-лодыжечный

индекс) справа – 0,5; ПЛИ слева – 0,9.

Окулист: незрелая катаракта ОУ.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
 2. Определите, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
 3. Оцените представленные анамнестические сведения, данные осмотра и обследования
 4. Какое обследование необходимо провести дополнительно?
 5. Определите тактику ведения пациента, назначьте лечение
 6. Укажите меры первичной и вторичной профилактики, а также возможности реабилитации
 7. Проведите экспертизу временно утраты трудоспособности
- Определите необходимость и порядок диспансерного наблюдения

Задача 4

Больная Б, 48 лет. Жалобы на раздражительность, сердцебиение, перебои и сжимающие боли в области сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, отеки на ногах, плохую переносимость жары, повышенную потливость, мышечную слабость, похудание, нарушение сна. Перебои в области сердца стала отмечать в течение последних 2-х лет. В течение года появились отеки на ногах, к врачу не обращалась. Менопауза с 46 лет, с частыми приливами. За 2 года похудела на 7 кг при повышенном аппетите. Три недели назад была госпитализирована в кардиологическое отделение по поводу пароксизмальной мерцательной аритмии. Проводимое лечение в кардиологическом отделении было без эффекта. Объективно: больная суетлива, многословна, склонна к плаксивости, пониженного питания. Отмечается умеренный 2-х сторонний экзофтальм. Кожные покровы бархатистые, теплые с усиленной пигментацией в местах трения одеждой, на ногах массивные отеки, оставляющие при надавливании ямки. Щитовидная железа II степени, средней плотности, безболезненна, подвижная при пальпации; мелкий тремор вытянутых кистей рук. Пульс – 100 уд в 1 мин, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 115 в 1 мин., АД 140/70 мм.рт.ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненная при пальпации.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 5

Больная Л, 29 лет. Жалобы на головную боль, преимущественно в теменной и затылочной областях, одышку при ходьбе, периодические боли в области

сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, изменение внешности, выраженную слабость. 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 91 относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 170 и 100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 6

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, похудание за последний месяц на 10 кг. В течение последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось: усилились пигментация, слабость, исчез аппетит, появился понос. При осмотре: рост 163 см, масса тела 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.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 7.

Больной Р. 34 лет. Жалобы на сонливость, зябкость, снижение памяти, прибавку массы тела, периодически давящие боли за грудиной, отеки на лице и ногах, запоры, снижение слуха и половой функции. По поводу отеков обследовался у уролога, который диагностировал хронический простатит. Объективно: рост 182 см., масса тела 94 кг. Больной выглядит значительно старше своих лет. Лицо амимично, одутловато, выраженная отечность верхних и нижних век. Кожа сухая. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 52 в 1 мин.,

ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца несколько расширены. Тоны сердца приглушены. АД 120/90 мм.рт.ст. Язык увеличен в размерах. При эхокардиографии – в полости перикарда 100 мл жидкости.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 8

Больной М, 15 лет. Жалобы на избыточную массу тела, частые головные боли в теменной и затылочной областях, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость. Избыточная масса тела отмечена с 3-х летнего возраста. Аппетит всегда был повышен. Из продуктов питания предпочитает хлебобулочные изделия, мясо, колбасы. У матери и брата - ожирение. 92
Объективно: Рост – 182 см, масса тела - 115 кг (ИМТ – 35 кг/м²). Отложение жира равномерное – с преимущественным распределением в области живота и бедер. На коже грудных желез, боковых поверхностей живота, внутренних поверхностей бедер, множественные узкие розовые стрии. Двусторонняя гинекомастия. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150 и 90 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации мягкий, безболезненный. Дополнительные исследования: 1). Стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы в крови натощак 5,5 ммоль/л; через 2 часа после перорального приема 75 г глюкозы –8,2 ммоль/л. 2) На рентгенограмме костей черепа – усиление сосудистого рисунка, пальцевые вдавления. Форма и размеры турецкого седла в пределах нормы.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 9

Больной Р., 56 лет. Жалобы на сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание, боль сжимающего характера за грудиной, усиливающуюся при ходьбе, одышку, боль и судороги в икроножных мышцах. Сахарным диабетом страдает в течение 16 лет, проводится лечение диетой и инсулином в суммарной суточной дозе 32 ед. (20 ед. Протафана и 12 ед. Актрапида). Режим питания грубо нарушает, курит, в недалеком прошлом часто злоупотреблял алкоголем. Объективно: Рост – 176 см, масса тела – 96 кг. На коже тыльной поверхности левой стопы трофическая язва. При пальпации пульс на артериях стоп ослаблен. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной тупости сердца смещена на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент

2-го тона над аортой. АД 160 и 90 мм.рт.ст. Число дыханий 18 в 1 мин. Границы легких не изменены. При аускультации – небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов, преимущественно в нижних отделах легких. Уровень глюкозы в крови натощак – 12,6 ммоль/л, содержание сахара в суточной моче – 2% при суточном диурезе 2 литра.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 10

У больной М, 28 лет через 2 недели после перенесенной ОРВИ появилась выраженная слабость. Прогрессирование заболевания сопровождалось болью в области шеи, с иррадиацией в нижнюю челюсть и уши, усиливающейся при глотании; ознобом, головной болью. Отмечалось повышение температуры тела до 38°C, тахикардия, повышенная потливость. Объективно: щитовидная железа II степени, при пальпации резко болезненна, в отдельных участках уплотнена. Кожа над железой не изменена. Флюктуация над щитовидной железой не определяется. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы не 93 увеличены. Температура тела 37,6°C. При исследовании крови – лимфоцитоз, ускорение СОЭ до 50 мм/час

Вопросы: 1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 8 Больной Н, 23 лет. С 11-летнего возраста страдает сахарным диабетом. В вагоне метро стал вести себя агрессивно. Окружающие отметили бледность его лица, потливость, дрожание рук. Через несколько минут у больного появились судороги верхних и нижних конечностей, затем он потерял сознание. На момент прибытия бригады СМП, больной в коме, кожные покровы теплые, влажные, тонус глазных яблок сохранен, зрачки расширены, рефлексы сохранены, мышечный тонус высокий. Пульс 100 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 160/90 мм.рт.ст. Со стороны органов дыхания и пищеварения без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 11

Больная В., 67 лет. Жалобы на сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание. Вышеуказанные жалобы появились на фоне длительного лечения мочегонными препаратами и клофелином по поводу гипертонической болезни. 2 дня тому назад усилились сухость во рту, жажда, появились обильное и учащенное мочеиспускание, тошнота, неоднократная рвота и через несколько часов больная потеряла сознание. Бригадой СМП была госпитализирована в реанимационное отделение. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Объективно: больная в коме,

выраженная сухость кожи, снижение ее тургора. Тонус глазных яблок снижен, зрачки узкие, слабо реагируют на свет. Сухожильные рефлексы снижены. Локальные и генерализованные судороги, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского. Пульс 120 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм.рт.ст. Температура тела 38,1°C. Язык сухой. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Содержание глюкозы в крови 45 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

Задача 12

Больная М, 16 лет. Постоянная жительница горного Урала обратилась к участковому терапевту по поводу зябкости, сонливости, склонности к запорам, нарушения менструального цикла. Родилась в срок от молодых родителей. Вскоре, после прекращения кормления грудью, стала отставать в физическом и психическом развитии. Ходить начала в 2,8 года, говорить в 4 года. В школе училась весьма посредственно. 94 Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 150 см., масса тела 58 кг. Кожа сухая, бледная, холодная. Лицо одутловатое, выраженная отечность в области верхних и нижних век, утолщение губ. Волосы редкие, ломкие. Грудные железы развиты слабо. Пульс 56 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 100 и 80 мм.рт.ст. Со стороны органов дыхания без особенностей. Язык большой, с трудом помещается в полости рта. Живот мягкий, б/болезненный при пальпации. Щитовидная железа II степени (классификация ВОЗ), плотно-эластичной консистенции, подвижная, б/болезненная. Общий анализ крови Нв –92 г/л, эр – 3,6х 10¹², Л –4,5х 10⁹, СОЭ – 25 мм/час. Общий белок 70 г/л, билирубин 19 ммоль/л, холестерин – 7,5 ммоль/л ЭКГ – ритм синусовый, 54 в 1 мин. Вольтаж основных зубцов снижен; диффузнодистрофические изменения миокарда.

Вопросы:

1. Сформулировать диагностическую концепцию
2. Определить схему дообследования и лечения

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется

по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования. Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

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

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой

предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1. Эндокринология : учебник для преподавания эндокринологии в образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы высшего профессионального образования / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020 г. — 412 с. : ил.
2. Гинекологическая эндокринология : клинические лекции / И. Б. Манухин [и др.]. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 г. — 296 с. : ил.
3. Инсулинорезистентность: патогенез, диагностика, клиническое значение : учебное пособие / А. Ф. Вербовой [и др.]. — Самара : Офорт, 2018 г. — 54 с.
4. Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 249 с. : ил.
5. Гинекологическая эндокринология : клинические лекции / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020 г. — 296 с. : ил.
6. Сборник клинических случаев в практике эндокринолога : учебное пособие / Т. Ю. Демидова, Е. Ю. Грицкевич, Ф. О. Ушанова [и др.]. — Москва : РНИМУ, 2021 г. — 167 с. : ил.
7. Ожирение: современный взгляд на патогенез и терапию : учебное пособие / А. С. Аметов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 1. — 2019 г. — 382 с., [16] л. ил.

8. Основы молекулярной эндокринологии : рецепция и внутриклеточная сигнализация : учебное пособие / В. А. Ткачук, А. В. Воротников, П. А. Тюрин-Кузьмин. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017 г. — 238, [2] с., [8] л. цв. ил.
9. Неотложная эндокринология : [учебное пособие] / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018 г. — 127 с. : ил.
10. Сахарный диабет 2 тип: проблемы и решения: учебное пособие / А. С. Аметов. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 7. — 2017 г. — 237 с., [12] л. цв. ил.
11. Нарушения роста у детей : учебное пособие / Е. Б. Башнина, О. С. Берсенева, Н. В. Ворохобина. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020 г. — 68 с. : ил.
12. Врожденная гиперплазия коры надпочечников (адреногенитальный синдром) : учебно-методическое пособие / Е. В. Плотникова [и др.]. — 3-е изд., испр. и доп. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019 г. — 36, [1]с. : ил.
13. Центральный несахарный диабет: учебное пособие / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко, Кафедра нейрохирургии с курсами нейронаук. — Москва : НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко, 2022 г. — 62 с.: ил.
14. Предиабет. Современные возможности диагностики и лечения : учебное пособие / Т. Ю. Демидова, Ф. О. Ушакова. — Москва : ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 2018 г. — 47 с. : ил.
15. Алгоритм диагностики и лечения остеопороза : учебное пособие / А. В. Древаль, И. В. Крюкова, И. А. Барсуков. — Москва : МОНИКИ, 2017 г. — 31 с. : ил.
16. Диабетическое поражение глаза : учебное пособие для студентов медицинских вузов / Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Факультет фундаментальной медицины, Кафедра офтальмологии, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии. — Москва : Издательство Московского университета, 2021 г. — 22 с. : ил.
17. Мультидисциплинарный подход в диагностике очаговых изменений щитовидной железы : учебное пособие / Костромина Е. В., Красильникова Л. А., Денискин О. Н. [и др.]. — Санкт-Петербург : НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2022 г. — 159 с. : табл., ил.
18. Современные аспекты хирургического лечения опухолей почек и надпочечников : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии : [б. и.], 2022 г. — 64 с. : ил.

19. Тестовые задания для подготовки врачей-эндокринологов к добровольным оценочным процедурам на статус "Московский врач" [Текст] : учебно-методическое пособие / Правительство Москвы, Департамент здравоохранения г. Москвы, ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России. — Москва : [Б. и.] Вып. 1. — 2019 г. — 590 с.

20. Сборник клинических случаев в практике эндокринолога : учебное пособие / Т. Ю. Демидова, Е. Ю. Грицкевич, Ф. О. Ушанова [и др.]. — Москва : РНИМУ, 2021 г. — 167 с. : ил.