

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Матвеев Роман Сталинович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 17.01.2023 15:58:55  
Уникальный программный ключ:  
a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

Государственное автономное учреждение Чувашской Республики  
дополнительного профессионального образования  
«Институт усовершенствования врачей»  
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

**УТВЕРЖДАЮ**  
Ректор ГАУ ДПО «Институт  
усовершенствования врачей»  
Минздрава Чувашии  
Р.С. Матвеев  
« 29 » августа 2019 г.



**Фонд оценочных средств  
для текущего контроля знаний и  
промежуточной аттестации по дисциплине  
Эндокринология**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:  
**31.08.53 Эндокринология**  
Квалификация – **Врач – эндокринолог**  
Форма обучения - **очная**

**Паспорт фонда оценочных средств  
по дисциплине  
Эндокринология**

<b>Оценочные средства</b>	<b>Количество</b>
<b>Текущий контроль знаний</b>	
Тестовые вопросы	100
Ситуационные задачи	5
Темы докладов и рефератов	27
<b>Промежуточная аттестация</b>	
Вопросы для зачета с оценкой	32
Практические навыки	9
Экзаменационные вопросы	62

**Критерии текущего контроля знаний:**

**- Критерии оценивания тестирования**

<b>Оценка</b>	<b>Критерии</b>
<b>«Отлично»</b>	91% и выше правильных ответов тестовых заданий
<b>«Хорошо»</b>	от 81% до 90% правильных ответов тестовых заданий
<b>«Удовлетворительно»</b>	от 71% до 80% правильных ответов тестовых заданий
<b>«Неудовлетворительно»</b>	ниже 70% правильных ответов тестовых заданий

**- Критерии оценивания решения ситуационных задач**

<b>Оценка</b>	<b>Критерии</b>
<b>«Отлично»</b>	Ординатор показывает полное правильное решение задачи, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на дополнительные вопросы
<b>«Хорошо»</b>	Ординатор показывает правильное решение задачи, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы
<b>«Удовлетворительно»</b>	Ординатор показывает частичное правильное решение задачи, допускает неточности в постановке диагноза с учетом принятой классификации и допускает существенные ошибки при ответе на вопросы
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Ординатор показывает неправильное решение задачи, диагноз поставлен не верно. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов

**- Критерии оценки защиты доклада или реферата:**

<b>Оценка</b>	<b>Описание</b>
<b>«Отлично»</b>	Выполнены все требования к написанию и защите реферата: проблема обозначена и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

<b>«Хорошо»</b>	Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
<b>«Удовлетворительно»</b>	Имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы

### Критерии промежуточного контроля знаний обучающегося

<b>Оценка</b>	<b>Описание</b>
<b>«Отлично»</b>	Ответ ординатора полный и правильный. Ординатор способен обобщить материал, сделать собственные выводы, выразить своё мнение, привести иллюстрирующие примеры.
<b>«Хорошо»</b>	Ответ ординатора в основном полный и правильный. Ординатор способен обобщить материал и привести иллюстрирующие примеры. Выводы и мнение ординатора по материалу в основном корректны.
<b>«Удовлетворительно»</b>	Ответ ординатора неполный, с несущественными ошибками. Иллюстрирующие примеры приведены неполно. Требуется существенная коррекция по выводам и мнению ординатора по материалу.
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Ответ ординатора неполный, с существенными ошибками. Не приведены иллюстрирующие примеры, нет выводов и собственного мнения ординатора по материалу.

#### Вопросы для тестирования:

- Гормоны - это вещества, которые синтезируются в железах внутренней секреции и поступают непосредственно**
  - в кровь
  - в лимфу
  - в спинномозговую жидкость
  - в мочу
  - в желудочно-кишечный тракт
- С рецепторами, расположенными на плазматической мембране клеток, взаимодействуют все перечисленные гормоны, кроме**
  - тиреотропного гормона (ТТГ)
  - фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
  - лютеинизирующего гормона (ЛГ)
  - инсулина
  - кортизола
- Биологический эффект всех перечисленных гормонов осуществляется при участии циклического аденозинмонофосфата (ц АМФ - вторичного мессенджера), за исключением**
  - адренкортикотропного гормона (АКТГ)
  - тиреотропного гормона (ТТГ)
  - фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
  - лютеинизирующего гормона (ЛГ)

д) гастрин

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

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

**5. К нейротрансмиттерам относятся все перечисленные вещества, кроме**

- а) норадреналина
- б) серотонина
- в) мелатонина
- г) эндорфинов
- д) инсулина

**6. Синтез белка усиливает**

- а) кортизол
- б) адреналин
- в) инсулин
- г) тироксин
- д) альдостерон

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

а) повышение уровня эстрадиола вызывает высвобождение лютеинизирующего гормона в гипофизе

- б) повышение тироксина повышает уровень тиреотропного гормона
- в) повышение кортизола вызывает повышение АКТГ
- г) повышение альдостерона вызывает повышение АКТГ
- д) повышение тестостерона вызывает повышение лютеинизирующего гормона

**8. Наиболее высокий уровень АКТГ отмечается в следующие часы суток**

- а) 6-8 ч
- б) 10-12 ч
- в) 13-14 ч
- г) 15-17 ч
- д) 18-23 ч

**9. Наиболее низкий уровень АКТГ отмечается в следующие часы суток**

- а) 6-8 ч
- б) 10-12 ч
- в) 13-14 ч
- г) 15-17 ч
- д) 18-23 ч

**10. На синтез адренокортикотропного гормона влияет**

- а) мелатонин
- б) кортиколиберин
- в) тиреолиберин
- г) люлиберин
- д) соматолиберин

**11.  $\beta$ -эндорфины являются**

- а) частью молекулы  $\beta$ -липотропина
- б) стероидами
- в)  $\beta$ -липотропином
- г) витаминами
- д) вторичным "мессенджером"

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

- а) кальций
- б) натрий

- в) бром
- г) фтор
- д) калий

**13. С кальцием взаимодействует**

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

**14. Гормоны транспортируются к органам-мишеням с помощью**

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

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

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

**16. Эктопированный АДГ-синдром наиболее часто наблюдается**

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

**17. Эктопированный АДГ-синдром может сопровождаться всем перечисленным, кроме**

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

**18. Терапия при синдроме Пархона включает все перечисленное, кроме**

- а) проведения лучевой терапии на межзачаточную-гипофизарную область
- б) кортикостероидов
- в) терапии бромкриптином
- г) спиронолактонов
- д) мочегонных средств

**19. Положительный эффект терапии парлоделом больных с идиопатическими отеками обусловлен всем перечисленным, кроме**

- а) повышения функции щитовидной железы
- б) активации дофаминергической рецепции гипоталамуса
- в) прямого действия препарата на антидиуретический гормон
- г) воздействия на альдостерон
- д) гипотензивного действия препарата

**20. Лечение синдрома Пархона неопухолевого генеза включает все перечисленное, кроме**

- а) ограничения жидкости и поваренной соли
- б) назначения препаратов калия
- в) назначения препаратов лития
- г) назначения парлодела
- д) ограничения приема фруктов и овощей

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

- а) внутривенного введения 500 мл 3% раствора хлорида натрия
- б) внутривенного введения 500 мл 5% раствора хлорида натрия
- в) введения гипертонического раствора маннитола
- г) фурасемида
- д) введения анальгетиков

**22. Лечение синдрома Пархона опухолевого генеза включает все перечисленное, кроме**

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

**23. Противопоказаниями для лучевой терапии при синдроме избыточной секреции вазопрессина являются все перечисленные, кроме**

- а) псевдогипонатриемии
- б) тромбоцитопении
- в) лейкоцитопении
- г) снижения натрия в плазме ниже 110 ммоль/л и осмолярности плазмы ниже 250 мосмоль/кг
- д) гипотиреоза, микседемы

**24. Прогноз синдрома Пархона неблагоприятен при наличии всего перечисленного, кроме**

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

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

- а) болезни Иценко - Кушинга
- б) глюкостеромы
- в) андростеромы
- г) эктопического АКТГ-синдрома
- д) гипоталамического синдрома с нарушением жирового обмена

**26. Эктопический АКТГ-синдром характеризуется всем перечисленным, кроме**

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

**27. Этиологическими и провоцирующими факторами болезни Иценко - Кушинга является все перечисленное, кроме**

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

**28. Для вазоренальной гипертензии характерно все перечисленное, кроме**

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

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

- а) чрезмерного выделения калия с мочой
- б) пониженного содержания калия в крови

- в) гиперсекреции альдостерона
- г) характерных для нефрита изменений в моче
- д) низкого уровня ренина в плазме

**30. На наличие гиперпаратиреоза указывает все перечисленное, кроме**

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

**31. Для феохромоцитомы характерно все перечисленное, кроме**

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

**32. Оперативные методы лечения первичного альдостеронизма включают все перечисленное, кроме**

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

**33. В предоперационном периоде при первичном альдостеронизме назначают все перечисленное, кроме**

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

**34. Лечение спиронолактонами при первичном альдостеронизме обуславливает все перечисленное, кроме**

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

**35. Больные с первичным альдостеронизмом без лечения погибают от всего перечисленного, кроме**

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

- д) тетании

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

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

**37. Этиологическими причинами андростеромы могут быть все перечисленные, кроме**

- а) генетических
- б) иммунологических

- в) канцерогенных
  - г) неполноценности ферментных систем, участвующих в стероидогенезе в коре надпочечников
  - д) инфекции
- 38. Патогенез андростеромы обусловлен гиперсекрецией**
- а) андрогенов
  - б) эстрогенов
  - в) альдостерона
  - г) глюкокортикоидов
  - д) глюкокортикоидов и альдостерона
- 39. Патоморфологически для андростеромы характерно все перечисленное, кроме**
- а) наличия опухоли коры надпочечников
  - б) гистологически - опухоли, содержащей, главным образом, темные клетки, характеризующиеся полиморфизмом
  - в) при злокачественной андростероме - клеточной атипии инфильтративного роста, множества очагов некроза
  - г) при злокачественной форме - метастазирования в забрюшинное пространство, печень, легкие
  - д) выявления только гиперплазии коры надпочечников
- 40. Клинически андростерома у женщин характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) гирсутизма
  - б) нарушения менструальной функции
  - в) огрубления голоса
  - г) уменьшения молочных желез
  - д) отсутствия перераспределения подкожно-жировой клетчатки
- 41. Особенности течения андростеромы у девочек является все перечисленное, кроме**
- а) увеличения клитора в пубертатный период
  - б) соответствия зон роста паспортным данным возраста
  - в) отсутствия роста молочных желез
  - г) отсутствия менструаций
  - д) отсутствия роста волос на лобке
- 42. Особенности течения андростеромы у мальчиков является все перечисленное, кроме**
- а) преждевременного оволосения на лобке
  - б) увеличения наружных половых органов
  - в) ускоренного роста
  - г) нормального развития яичек
  - д) преждевременного созревания скелета
- 43. Гормональное исследование при андростероме характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) увеличения экскреции с мочой 17-кетостероидов
  - б) увеличения в плазме дегидроэпиандростерона
  - в) отсутствия нарушения экскреции с мочой 17-оксикортикостероидов у большинства больных
  - г) нормального уровня кортизола в крови у большинства больных
  - д) нормальной экскреции с мочой в-фракции 17-кетостероидов
- 44. Функциональные пробы при андростероме выявляют**
- а) значительное (на 50% и более) уменьшение экскреции 17-кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона
  - б) отсутствие уменьшения экскреции с мочой 17-кетостероидов при приеме дексаметазона
  - в) умеренное (менее 50%) уменьшение экскреции с мочой 17-кетостероидов при приеме дексаметазона

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

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

**45. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются**

а) высокая гипергликемия

б) повышение осмолярности крови

в) гипонатриемия

г) гиперхлоремия

д) отсутствие повышения уровня мочевины

**46. При гиперосмолярной коме отмечают все перечисленное, кроме**

а) увеличения в крови гемоглобина, показателя гематокрита

б) повышения в крови общего белка

в) обязательного наличия кетоацидоза

г) нормального уровня бикарбоната и рН крови

д) гиперазотемии

**47. В отличие от кетоацидотической комы при гиперосмолярной наблюдается отсутствие всего перечисленного, кроме**

а) дыхания Куссмауля

б) запаха ацетона изо рта

в) ацетонурии

г) неврологической симптоматики

д) нормального уровня сахара в крови

**48. Лечение гиперосмолярной комы заключается в назначении всего перечисленного, кроме**

а) гипертонических растворов

б) 0.45% раствора хлористого натрия

в) хлористого калия

г) инсулинотерапии

д) устранения причины коматозного состояния

**49. Профилактические мероприятия при гиперосмолярной коме включают все перечисленное, кроме**

а) профилактики отека мозга

б) избежания сердечно - сосудистой недостаточности

в) профилактики возможных тромбоэмболий и тромбозов

г) профилактики гиповолемического шока

д) достижения нормогликемии (не обязательно)

**50. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие всех перечисленных причин, кроме**

а) передозировки вводимого инсулина

б) недостаточного приема белков

в) недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина

г) недозированной физической нагрузки

д) ухудшения функций печени и почек

**51. Гипогликемические состояния обуславливают все перечисленное, кроме**

а) уменьшения фиксации гликогена в печени и мышцах

б) нарушения питания центральной нервной системы

в) гипоксии

г) нарушения высшей нервной деятельности

д) нарушения других функций головного мозга

**52. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме**

а) быстрого развития коматозного состояния

б) медленного развития комы

в) тонических или клонических судорог

г) понижения температуры тела

д) тахикардии

**53. Начальная симптоматика тяжелой гипогликемии может проявляться всем перечисленным, кроме**

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

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

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

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

- а) строгого соблюдения больным диабетом режима питания и инсулинотерапии
- б) знания больным симптомов гипогликемии и приема легкоусвояемых углеводов в случае их появления
- в) постоянного самоконтроля сахара в крови и моче
- г) самоконтроля ацетонурии
- д) осторожности при назначении препаратов, стимулирующих секрецию инсулина

**56. При гипогликемической коме проводят всю перечисленную терапию, кроме**

- а) струйного внутривенного введения 40% раствора глюкозы (40-60 мл)
- б) подкожного введения 0.5-1.0 мл 0.1% раствора адреналина
- в) подкожного внутривенного или внутримышечного введения 1-2 мл глюкагона
- г) внутривенного или внутримышечного введения гидрокортизона (150-200 мг)
- д) внутривенного введения раствора Рингера

**57. Для диагностики инсулиномы используют**

- а) УЗИ поджелудочной железы
- б) пробу с соматостатином
- в) пробу с лейцином
- г) индекс инсулин/глюкоза
- д) висцеральную ангиографию и компьютерную томографию

**58. В отличие от инсулиномы при внепанкреатических гипогликемиях отмечают все перечисленное, кроме**

- а) сохранения сознания во время приступа
- б) самостоятельно купирующихся приступов
- в) пища, богатая углеводами, приводит к учащению приступов
- г) пища, богатая белками, приводит к учащению приступов
- д) отсутствия обычно неврологических расстройств

**59. В отличие от инсулиномы при внепанкреатических гипогликемиях выявляют все перечисленное, кроме**

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

**60. В отличие от инсулиномы синдром Золлингера - Эллисона характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) острого развития язвенной болезни с резкими болями в подложечной области
- б) гиперсекреции желудочного сока
- в) диспепсических проявлений (рвота, понос)

- г) развития желудочно-кишечных осложнений (кровотечения, перфорация язв)
- д) содержания сахара в крови натощак ниже 2.8 ммоль/л

**61. Соматостатин в поджелудочной железе вырабатывается**

- а) в а-клетках
- б) в b-клетках
- в) в d-клетках
- г) в F-клетках

**62. Согласно классификации заболеваний щитовидной железы (София, 1961) неправильным термином отдельной нозологической единицы является все перечисленное, кроме**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**69. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно**

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

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

- а) аутосомно-доминантного типа наследования
- б) аутосомно-рецессивного типа наследования
- в) полигенного типа наследования
- г) наследственности, не играющей роли в развитии заболевания
- д) генетической предрасположенности, сочетающейся с HLA-антигенами B8, DR3

**71. Стрессовые факторы играют роль в развитии диффузно-токсического зоба, влияя на все перечисленное, кроме**

- а) повышения уровня катехоламинов, тем самым увеличивая скорость синтеза и секреции тиреоидных гормонов
- б) усиления секреции ТТГ
- в) иммунной системы, увеличивая частоту аутоиммунных заболеваний
- г) развития нейроциркуляторной дистонии как предстadium диффузно-токсического зоба

**72. Из инфекций наиболее часто провоцируют развитие диффузного токсического зоба все следующие заболевания, кроме**

- а) гриппа
- б) ангины
- в) ревматизма
- г) других заболеваний носоглотки
- д) воспалительного процесса в яичниках

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

- а) ЛАТС-фактор стимулирует функцию щитовидной железы в течение более длительного времени, чем ТТГ
- б) повышенный уровень ЛАТС наблюдается лишь у 45-50% больных диффузным токсическим зобом
- в) повышенный уровень ЛАТС наблюдается при сочетании диффузного токсического зоба с экзофтальмом и претибиальной микседемой у 80-90% больных
- г) уровень ЛАТС в крови не коррелирует с тяжестью тиреотоксикоза
- д) уровень ЛАТС в крови коррелирует с выраженностью офтальмопатии

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

- а) является g-глобулином
- б) является стимулятором щитовидной железы
- в) определяется у 60-70% больных с диффузным токсическим зобом
- г) уровень ЛАТС-протектора коррелирует с тяжестью тиреотоксикоза

**75. Для тиреостимулирующих иммуноглобулинов характерно все перечисленное, кроме**

- а) принадлежности к классу А
- б) принадлежности в классу G
- в) того, что они являются антигенами
- г) ответственности за связывание ТТГ с рецептором
- д) обладания стимулирующим действием на щитовидную железу

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

- а) стимуляции аденилатциклазы и усиления биосинтеза тиреоидных гормонов
- б) блокирования рецепторов и снижения биосинтеза тиреоидных гормонов
- в) при взаимодействии со щитовидной железой блокирования рецептора, вызывая рефрактерность к действию ТТГ
- г) корреляции между функциональным состоянием щитовидной железы и количеством антител к рецепторам ТТГ

**77. При диффузном токсическом зобе установлено все перечисленное, кроме**

- а) врожденного дефекта иммунного контроля

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

**78. Диффузный токсический зоб может сочетаться со всеми перечисленными аутоиммунными заболеваниями, кроме**

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

**79. Патогенез эндокринной офтальмопатии обусловлен всем перечисленным, кроме**

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

**80. Претибиальная микседема выявляется при всем перечисленном, кроме**

- а) сочетания с диффузным токсическим зобом
- б) сочетания с офтальмопатией
- в) сочетания с эндемическим зобом
- г) после хирургического вмешательства на щитовидной железе по поводу

диффузного токсического зоба

- д) после лечения радиоактивным йодом диффузного токсического зоба

**81. Повышенный выброс катехоламинов может обусловить все перечисленное, кроме**

- а) увеличения синтеза тиреоидных гормонов
- б) увеличения секреции тиреоидных гормонов
- в) увеличения секреции ТТГ с последующим увеличением уровня тиреоидных

гормонов

- г) увеличения аутоиммунного процесса в щитовидной железе
- д) уменьшения секреции тиреоидных гормонов

**82. При первичном гиперпаратиреозе наиболее часто поражаются все перечисленные системы органов, кроме**

- а) костной системы
- б) почек
- в) поджелудочной железы
- г) желудка
- д) печени

**83. Распространенность ожирения в зависимости от пола и возраста составляет все перечисленное, кроме**

- а) у женщин - 50%
- б) у мужчин - 30%
- в) у детей - 10%
- г) понижения средней массы тела у лиц старше 70 лет
- д) повышения средней массы тела у лиц старше 70 лет

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

- а) употребления дешевых продуктов с повышенным содержанием углеводов
- б) избытка в рационе жиров животного происхождения
- в) недостатка в рационе белка
- г) недостатка в рационе клетчатки (фруктов)
- д) избытка в рационе белка

**85. Этиопатогенетическая классификация ожирения включает все перечисленное, кроме**

- а) экзогенно-конституционального ожирения

- б) церебральной формы
  - в) ожирения при гипокортицизме
  - г) эндокринно-гипотиреоидной формы
  - д) эндокринно-гипогенитальной формы
- 86. Синдром Альстрема характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) ожирения
  - б) пигментной дегенерации сетчатки
  - в) нейросенсорной глухоты
  - г) несахарного диабета
  - д) сахарного диабета
- 87. Основными причинами первичного гипогонадизма могут быть все перечисленные, кроме**
- а) аутоиммунного поражения гонад
  - б) травмы гонад
  - в) вирусных поражений гонад
  - г) воспалительных поражений гонад
  - д) мононеврита бедренного нерва
- 88. Наиболее типичными клиническими признаками первичного гипогонадизма является все перечисленное, кроме**
- а) маленьких гонад
  - б) многочисленных акне вульгарис, грубой, толстой, жирной кожи у мужчин
  - в) отсутствия или недостаточно выраженных вторичных половых признаков
  - г) евнухоидных пропорций тела
  - д) гинекомастии у мужчин
- 89. Для вторичного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме**
- а) снижения секреции половых гормонов
  - б) снижения секреции гонадотропинов
  - в) уменьшения размеров гонад
  - г) отсутствия или слабого развития вторичных половых признаков
  - д) высокого уровня гонадотропных гормонов в плазме крови
- 90. Третичный гипогонадизм характеризуется**
- а) отсутствием (дефицитом) продукции люлиберина
  - б) нормальным фенотипом
  - в) отсутствием нормальной продукции гонадотропинов
  - г) высокой продукцией люлиберина
  - д) нормальной секрецией половых гормонов гонадами
- 91. Для третичного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме**
- а) снижения секреции половых гормонов гонадами
  - б) повышенной секреции люлиберина
  - в) снижения секреции люлиберина
  - г) выраженных признаков гипогонадизма
  - д) снижения продукции гонадотропинов
- 92. Поражение яичников в препубертатном возрасте способствует развитию всего перечисленного, кроме**
- а) отсутствия вторичных половых признаков
  - б) отсутствия оволосения на лобке
  - в) слабого развития вторичных половых признаков
  - г) формирования евнухоидных пропорций тела
  - д) бесплодия
- 93. Поражение яичников в постпубертатном периоде приводит к развитию всего перечисленного, кроме**
- а) нарушения менструальной функции
  - б) бесплодия
  - в) евнухоидизма
  - г) гирсутизма

- д) уменьшения размеров матки
- 94. Поликистозная дегенерация яичников у больной с гипоталамическим синдромом может привести к развитию всего перечисленного, кроме**
- а) гирсутизма
  - б) опсоменореи
  - в) бесплодия
  - г) быстрой редукации массы тела
  - д) увеличения уровня 17-КС в моче
- 95. Синдром Клайнфельтера характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) выявления заболевания только у мужчин
  - б) определения полового хроматина X
  - в) признаков первичного гипогонадизма
  - г) бесплодия
  - д) высокого интеллекта у больных
- 96. Для установления диагноза первичного или вторичного гипогонадизма необходимо провести все следующие исследования, кроме**
- а) пробы с хорионическим гонадотропином
  - б) пробы с тиролиберином
  - в) определения полового хроматина
  - г) определения половых гормонов в крови
  - д) определения 17-КС в моче
- 97. Эпифиз является эндокринной железой**
- а) да
  - б) нет
- 98. Аутоиммунные эндокринные заболевания характеризуются**
- а) Т-клеточным иммунодефицитом
  - б) снижением Т-супрессоров
  - в) наличием аутоантител к собственным антигенам эндокринных желез
  - г) уменьшением отношения Т-хелперов к Т-супрессорам
  - д) всем перечисленным
- 99. К каким аутоиммунным заболеваниям относятся эндокринные болезни?**
- а) системным
  - б) органоспецифическим
  - в) смешанным
  - г) всем перечисленным
  - д) ни к одному из перечисленных типов заболеваний
- 100. Костная плотность у больных остеопорозом**
- а) повышена
  - б) понижена
  - в) не изменена

#### **Примерные темы рефератов**

1. Маски тиреотоксикоза
2. Маски гипотиреоза
3. Маски феохромоцитомы
4. Интерпретация различных вариантов теста толерантности к глюкозе
5. Синдром крипторхизма
6. Синдром андрогении
7. Симптоматическая артериальная гипертензия при эндокринной патологии
8. Дифференциальный диагноз синдрома жажды
9. Синдром гипокальциемии
10. Синдром гиперкальциемии
11. Синдром гинекомастии
12. Синдром аменореи в эндокринологической практике
13. Синдром гипернатриемии
14. Синдром гиперкалиемии

15. Особенности лечения сахарного диабета в пожилом возрасте
16. Абудомы и апудопатии
17. Синдром неадекватной секреции АДГ
18. Синдром тиреотоксикоза в пожилом возрасте
19. Метаболический синдром
20. Беременность и сахарный диабет
21. Беременность и заболевания щитовидной железы
22. Миастения Гравис
23. Бигуаниды в лечении сахарного диабета 2 типа
24. Факторы риска развития сахарного диабета и их профилактика
25. Дифференциальный диагноз низкорослости
26. Синдром остеопороза
27. Синдром пустого турецкого седла

### **Примерные ситуационные задачи**

**Задача 1. Больная С., 17 лет,** поступила с жалобами на головные боли, отсутствие менструаций, боли в позвоночнике. Больной себя считает с 13 лет, когда впервые было отмечено повышение артериального давления, появились боли в пояснице, девочка перестала расти. Объективно: рост 135 см, масса тела 38 кг, матронизма нет, подкожная жировая клетчатка выражена умеренно; конечности тонкие, избыточное оволосение на лице, теле, на животе бледные, красные стрии. Артериальное давление 160/100 мм рт. ст. На рентгенограммах черепа и позвоночника резко выраженный остеопороз со снижением тел позвонков ("рыбы" позвонки, костный возраст соответствует 11 годам).

Заключение гинеколога: вторичная гипофункция яичников, гипоплазия матки, аменорея. При исследовании системы гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников ритм АКТГ и 17-ОКС в крови составил: АКТГ - в 6, 12, 24 часа - 0; 17-ОКС - в 6 часов - 26,7 мкг/100 мл, в 12 часов - 17,4 мкг/100 мл, в 24 часа - 21,1 мкг/100 мл (норма - 15,0-20,0 мкг/100 мл плазмы). Тесты с АКТГ, метопираном и дексаметазоном отрицательные. По данным МРТ гипофиза и КТ надпочечников патологии не выявлено.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

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

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

**Задача 3. Больная Т., 20 лет,** поступила с жалобами на головные боли, отсутствие менструаций в течение 9 месяцев, прибавку в массе на 8 кг, мышечную слабость, избыточное оволосение. Больной себя считает с 18 лет, когда впервые были отмечены повышение АД до 160/100 мм рт. ст., нерегулярные менструации, прибавка в массе и изменение внешности.

Объективно: рост 156 см, масса тела 57 кг, ожирение диспластическое, тонкие конечности, на лице и теле избыточное оволосение. На рентгеноденситометрии потеря костной плотности составила 22%, АД 190/120 мм рт.ст. На МРТ патологии гипофиза и надпочечников не обнаружено. Кортизол в крови: в 8 часов - 642 нмоль/л (норма - до 690), в 23 часа - 462 нмоль/л (норма - до 270). АКТГ: в 8 и 23 часа составил < 3,5 пг/мл (норма - 10-60 пг/мл). Исходный свободный кортизол в моче 2146 нмоль/л (норма -120-400 нмоль/л), после пробы с синактеном - 1913 нмоль/л, после большой пробы с дексаметазоном -1910 нмоль/л.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

**Задача 4. Больная З., 42 года**, поступила с жалобами на головные боли, изменение внешности, избыточный рост волос на лице, животе, нарушение менструального цикла, боли в костях, суставах. Считает себя больной с 29 лет, когда по поводу нерегулярных менструаций и поликистоза яичников была оперирована. После операции отмечает повышение артериального давления. С 1990 года (36 лет) стала постепенно изменяться внешность, значительно повысились цифры АД. На МРТ гипофиза и КТ надпочечников - без патологии.

Объективно: рост 154 см, масса тела 61 кг, диспластическое распределение подкожно-жировой клетчатки без ожирения, гирсутизм, трофические изменения кожных покровов, язвы на голенях, гипертония, аменорея, остеопороз.

Кортизол в крови: в 8 часов - 1265 нмоль/л, после большой пробы с дексаметазоном - 1466 нмоль/л, кортизол в суточной моче - 611 нмоль/л. Имеется парадоксальная реакция на введение дексаметазона.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

**Задача 5. Больная О., 24 лет**, поступила с жалобами на слабость, изменение внешности, увеличение массы тела, головные боли, подъемы АД, вторичную аменорею.

Считает себя больной в течение последних 6 месяцев (с ноября 1991 года), когда после самопроизвольного выкидыша (срок беременности 14 недель) стала резко возрастать масса тела, изменилась внешность, появились полосы растяжения (стрии) красного цвета на животе и бедрах, повысилось АД. При обследовании по месту жительства были выявлены повышенный уровень сахара в крови и высокий уровень кортизола в моче. Объективно: при поступлении состояние больной средней тяжести, аменорея, отсутствие менструации в течение года, перераспределение подкожно-жировой клетчатки по кушингоидному типу, умеренно выраженный остеопороз, масса тела 85 кг, рост 157 см, АД 190/100 мм рт.ст.

При обследовании:

- уровень кортизола: 8 часов - 1695 нмоль/л; 23 часа - 534 нмоль/л;
- уровень АКТГ: 8 часов - 84 пг/мл; 23 часа - 60 пг/мл (норма - 10-60 пг/мл)
- свободный кортизол в моче - 2000 нмоль/л (норма - 120-400 нмоль/л);
- пролактин - 840 мЕд/л (норма у женщин до 700 мЕд/л).

При проведении малой пробы с дексаметазоном (1 мг) подавления уровня кортизола в крови не обнаружено. При проведении большой пробы с дексаметазоном (8 мг) было снижение уровня кортизола в крови более чем на 50% от исходного.

На боковой краниограмме черепа - турецкое седло увеличено в размере, стенки его истончены. КТ-исследование головного мозга, проведенное на фоне контраста, - кистозная аденома гипофиза (1,2 см). КТ-исследование надпочечников - оба надпочечника умеренно гиперплазированы, без объемных образований.

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

#### **Вопросы для зачета с оценкой**

1. Распространенность сахарного диабета (СД) в развитых странах и РФ. Социально-экономическая значимость проблемы роста заболеваемости СД.
2. Этиология, патогенез СД типа 1. Факторы риска.
3. Этиология, патогенез СД типа 2. Факторы риска.
4. Клиника СД типа 1. Изменения полости рта при этом типе диабета. Пародонтоз.
5. Клиника СД типа 2. Изменения полости рта при этом типе диабета. Пародонтоз.
6. Дифференциальный диагноз между 1-ым и 2-ым типом диабета.
7. Принципы лечения СД. Диетотерапия при СД.
8. Организация обучения в школах диабетиков, самоконтроль гликемии и глюкозурии пациентами с диабетом.
9. Показания, противопоказания к назначению инсулинотерапии. Принципы назначения инсулинотерапии.
10. Показания, противопоказания к назначению пероральных сахаропонижающих средств. Принципы их назначения.
11. Острые осложнения сахарного диабета: комы диабетические. Клиника, неотложная

помощь при гипогликемической коме.

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

#### **Примерный перечень практических навыков.**

1. Работа с медицинской документацией и нормативными документами.
2. Определение индекса массы тела.
3. Определение степени ожирения.
4. Расчет диеты при ожирении.
5. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из кетоацидотической комы.
6. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из гиперосмолярной комы.
7. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из гипокликемической комы.
8. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных сахарным диабетом из гиперлактацедемической комы.
9. Начальные терапевтические мероприятия при выведении больных из тиреотоксического криза, аддисонического криза и симпатоадреналового криза.

#### **Экзаменационные вопросы:**

1. Надпочечниковые железы.
2. Система «гипоталамус – гипофиз – надпочечники».
3. Поджелудочная железа.
4. Гастроинтестинальные гормоны.
5. Система «гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа».
6. Околощитовидные железы.
7. Костная ткань, эндокринная регуляция процессов костного метаболизма.
8. Эпифиз.

9. Иммунная система и ее связь с эндокринной системой.
10. Система «гипоталамус – гипофиз – гонады».
11. Диффузная эндокринная система.
12. Клиническая фармакология эндокринных препаратов.
13. Болезнь Иценко – Кушинга.
14. Диэнцефальный синдром, нейроэндокринная форма.
15. Пубертатно – юношеский диспитуитаризм.
16. Акромегалия и гигантизм.
17. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность.
18. Церебрально – гипофизарный нанизм.
19. Синдром гиперпролактинемии.
20. Несахарный диабет.
21. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона.
22. Классификация заболеваний щитовидной железы.
23. Диффузный токсический зоб.
24. Тиреотоксическая аденома.
25. Гипотиреоз.
26. Эндемический зоб и другие йоддефицитные заболевания.
27. Острый тиреоидит (бактериальный).
28. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена гранулематозный).
29. Хронический аутоиммунный тиреоидит (Хасимото).
30. Фиброзный тиреоидит Риделя.
31. Хронические специфические тиреоидиты.
32. Радиационные повреждения щитовидной железы.
33. Злокачественные новообразования щитовидной железы.
34. Эндокринная офтальмопатия.
35. Ожирение и метаболический синдром.
36. Ожирение и сахарный диабет.
37. Ожирение и репродуктивная функция.
38. Лечение ожирения. Профилактика ожирения.
39. Сахарный диабет.
40. Гиперинсулинизм.
41. Глюкагонома.
42. Соматостатинома.
43. Физиология половых желез.
44. Пороки развития половых органов.
45. Гипогонадизм.
46. Преждевременное половое созревание.
47. Синдром поликистозных яичников.
48. Климактерический синдром.
49. Оценка иммунного статуса при эндокринных заболеваниях.
50. Коррекция иммунного статуса при эндокринных заболеваниях.
51. Кортикостерома (синдром Иценко – Кушинга).
52. Первичный альдостеронизм (синдром Конна).
53. Андростерома.
54. Кортикоэстрома.
55. Гормонально неактивные опухоли надпочечников.
56. Хроническая надпочечниковая недостаточность.
57. Острая надпочечниковая недостаточность.
58. Врожденная дисфункция коры надпочечников.
59. Феохромоцитома.
60. Гиперпаратиреоз.
61. Гипопаратиреоз.
62. Рак околощитовидных желез.