


Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Матвеев Роман Статинарьевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 26.10.2022 13:33:14  
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.



## Рабочая программа учебной дисциплины Диабетология

### ФТД.2

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

Рабочая программа по дисциплине «Диабетология» составлена на основе требований федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.53 Эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. № 1096, и в соответствии с рабочим учебным планом подготовки ординаторов по специальности 31.08.53 Эндокринология, утвержденным ректором ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии.

Составители: Мадянов И.В., д.м.н., профессор, Григорьев А.А., к.м.н., доцент,  
Ященко И.А., к.м.н., доцент

## Рабочая программа учебной дисциплины Диабетология

### 1. Цели и задачи дисциплины

**Цель освоения дисциплины:** приобретение новых знаний по этиологии, патогенезу и клинике сахарного диабета, овладение современными методами диагностики и лечения сахарного диабета типа 1 и 2, неотложных и коматозных состояний, профилактике и лечению диабетических осложнений.

#### **Задачи освоения дисциплины:**

- сформировать объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи;
- сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача - специалиста, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания;
- сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;
- подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно - диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально- диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи;
- подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

### 2. Место дисциплины в учебном процессе

Дисциплина «Диабетология» является факультативной дисциплиной и относится к вариативной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» рабочего учебного плана программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 Эндокринология.

### 3. Планируемые результаты обучения

В результате освоения дисциплины «Диабетология» у ординатора должны быть сформированы знания, умения, навыки, характеризующие этапы формирования компетенций и обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы ординатуры:

Компетенция	Планируемые результаты освоения дисциплины
<b>Универсальные компетенции (УК):</b>	
– Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)	<b>знать:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– основы законодательства о здравоохранении и нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений органов здравоохранения;</li><li>– организацию эндокринологической помощи в стране, организацию скорой и неотложной помощи;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– основы юридического права в эндокринологии;</li> <li>– строение, физиологию и патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимоотношение с другими органами и системами организма.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– получить информацию о заболевании;</li> <li>– применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания или его осложнений;</li> <li>– выявить факторы риска развития основных эндокринных заболеваний и организовать меры профилактики.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– методами оценки состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения;</li> <li>– методами оценки результаты гормональных исследований;</li> <li>– методами проведения и оценки тестов функциональных проб, применяемых для диагностики дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний;</li> <li>– навыками выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии.</li> </ul>
<b>Профессиональные компетенции (ПК):</b>	
<b>профилактическая деятельность:</b>	
<p>– Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– показатели смертности от основных эндокринных заболеваний и мероприятия по их снижению;</li> <li>– причины возникновения патологических процессов в железах внутренней секреции, механизм их развития и клинические проявления;</li> <li>– влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез;</li> <li>– методы реабилитации, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в эндокринологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</li> <li>– основы рационального питания и принципы диетотерапии при сахарном диабете и ожирении;</li> <li>– основы онкологической настороженности при патологии щитовидной железы;</li> <li>– основы массовой и индивидуальной йодной профилактики у населения;</li> <li>– основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выявлять социально-опасные инфекционные забо-</li> </ul>

	<p>левания, возможные при эндокринной патологии (ТВС, ВИЧ, сифилис, гепатит);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– установить диагноз и провести необходимое лечение при следующих заболеваниях при различных патологиях эндокринной системы.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– методикой вычисления индекса массы тела, процентного содержания жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов;</li> <li>– методикой оценки состояния наружных гениталий, выраженность и соответствие полу и возрасту вторичных половых признаков;</li> <li>– способами пальпации щитовидной железы и оценки ее размеров и структуры;</li> <li>– тактиками назначения фармакотерапии и способами оценки ее результатов при эндокринной патологии.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2)</li> </ul>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных желез, их диагностику, принципы лечения и профилактику;</li> <li>– общие и специальные методы исследования в эндокринологии.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– оценить данные ЭКГ, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования;</li> <li>– оценить тяжесть состояния больного;</li> <li>– определить показания к госпитализации;</li> <li>– вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;</li> <li>– проводить диспансеризацию и оценивать ее эффективность.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– методами определения степени выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин;</li> <li>– способами определения вибрационной, температурной и тактильной чувствительности стоп больных сахарным диабетом;</li> <li>– способами выявления глазных симптомов тиротоксикоза и офтальмопатию;</li> <li>– методами оценки состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения;</li> <li>– методами оценки результаты гормональных исследований;</li> <li>– навыками выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии;</li> <li>– методом вычисления индекса массы тела, процентного содержания жира в организме, определения окружности талии и бедер с интерпретацией полу-</li> </ul>

	<p>ченных результатов;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– способами оценки состояния наружных гениталий, выраженности и соответствия полу и возрасту вторичных половых признаков;</li> <li>– способами пальпации щитовидной железы и оценки ее размеров и структуры.</li> </ul>
<p>– Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– показатели смертности от основных эндокринных заболеваний и мероприятия по их снижению;</li> <li>– влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез;</li> <li>– основы онкологической настороженности при патологии щитовидной желез - клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных желез, их диагностику, принципы лечения и профилактику.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выявить факторы риска развития основных эндокринных заболеваний и организовать меры профилактики;</li> <li>– проводить санитарно-просветительскую работу.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навыками формирования у населения, мотивации направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</li> </ul>
<b>диагностическая деятельность:</b>	
<p>– Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– строение, физиологию и патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимоотношение с другими органами и системами организма;</li> <li>– причины возникновения патологических процессов в железах внутренней секреции, механизм их развития и клинические проявления;</li> <li>– влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез;</li> <li>– основы онкологической настороженности при патологии щитовидной желез;</li> <li>– основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза;</li> <li>– клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных желез, их диагностику, принципы лечения и профилактику;</li> <li>– общие и специальные методы исследования в эндокринологии;</li> <li>– влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез;</li> <li>– этиологию опухолей, морфологическую классификацию опухолей, механизмы канцерогенеза на</li> </ul>

	<p>уровне клетки, органа, организма;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– роль генетических факторов в развитии эндокринных заболеваний;</li> <li>– основы водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния крови, возможные типы их нарушений и принципы лечения;</li> <li>– основы применения УЗИ, рентгенорадиологии, денситометрии и офтальмоскопии для обследования и лечения эндокринных больных.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания или его осложнений;</li> <li>– выявить факторы риска развития основных эндокринных заболеваний и организовать меры профилактики;</li> <li>– оценить данные ЭКГ, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования;</li> <li>– оценить тяжесть состояния больного;</li> <li>– интерпретировать результаты офтальмоскопии, ангио и ретинограммы;</li> <li>– интерпретировать сонограммы и сцинтиграммы щитовидной железы, определить показания и противопоказания к проведению термографии, КТ и инвазивных методов исследования щитовидной и паращитовидных желез;</li> <li>– оценить результаты офтальмометрии, УЗИ и КТ орбит;</li> <li>– интерпретировать рентгенограммы черепа, прицельные снимки турецкого седла, данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии мозга;</li> <li>– оценить данные ЭЭГ и эхо-ЭЭГ;</li> <li>– интерпретировать результаты инструментальных исследований надпочечных желез: оксигеносупраренперитонеума, сцинтиграфии коры и мозгового слоя, УЗИ, КТ, МРТ и ангиографии;</li> <li>– оценить парциальные функции почек у эндокринных больных;</li> <li>– интерпретировать результаты биопсии щитовидной железы;</li> <li>– установить диагноз при эндокринологических заболеваниях.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– методами проведения и оценки тестов функциональных проб, применяемых для диагностики дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний;</li> <li>– методикой вычисления индекса массы тела, процентного содержания жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов;</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– методикой оценки состояния наружных гениталий, выраженность и соответствие полу и возрасту вторичных половых признаков;</li> <li>– способами пальпации щитовидной железы и оценки ее размеров и структуры;</li> <li>– способом пальпации тестикул с определением их размеров, консистенции и фиксации в мошонке;</li> <li>– способами определения вибрационной, температурной и тактильной чувствительности стоп больных сахарным диабетом;</li> <li>– способами выявления глазных симптомов тиротоксикоза и офтальмопатию;</li> <li>– методами оценки состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения;</li> <li>– методами оценки результаты гормональных исследований;</li> <li>– навыками выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии;</li> <li>– способом определения степени выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин.</li> </ul>
<p><b>лечебная деятельность:</b></p>	
<p>– Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической помощи (ПК-6)</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– основы законодательства о здравоохранении и нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</li> <li>– организацию эндокринологической помощи в стране; организацию скорой и неотложной помощи;</li> <li>– основы интенсивной терапии и реанимации у эндокринных больных;</li> <li>– основы инфузионной терапии в эндокринологии;</li> <li>– основы фармакотерапии в эндокринологии;</li> <li>– принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения эндокринных больных;</li> <li>– показания к госпитализации у эндокринных больных.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выработать план ведения больного;</li> <li>– решать вопрос о трудоспособности больного;</li> <li>– оценить тяжесть состояния больного;</li> <li>– оказать срочную помощь при неотложных состояниях;</li> <li>– определять группу крови, показания к переливанию крови, реинфузии;</li> <li>– провести необходимое лечение при эндокринологических заболеваниях;</li> <li>– оценить данные ЭКГ, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования;</li> <li>– оказывать помощь при неотложных эндокринологических состояниях.</li> </ul>



	<p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– тактикой назначения фармакотерапии и способами оценки ее результатов при эндокринной патологии, определить показания к хирургическим и иным не медикаментозным методам лечения;</li> <li>– методикой подготовки больных к оперативному лечению;</li> <li>– навыками ведения беременных с эндокринной патологией;</li> <li>– методами оценки прогноза заболевания.</li> </ul>
<p><b>реабилитационная деятельность:</b></p>	
<p>– Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– организацию эндокринологической помощи в стране, организацию скорой и неотложной помощи;</li> <li>– вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, МСЭК в эндокринологии;</li> <li>– методы реабилитации, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в эндокринологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</li> <li>– основы рационального питания и принципы диетотерапии при сахарном диабете и ожирении;</li> <li>– влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез;</li> <li>– основы инфузионной терапии в эндокринологии;</li> <li>– основы фармакотерапии в эндокринологии;</li> <li>– показания к госпитализации у эндокринных больных.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– получить информацию о заболевании;</li> <li>– применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания или его осложнений;</li> <li>– выработать план ведения больного;</li> <li>– решать вопрос о трудоспособности больного;</li> <li>– оценить тяжесть состояния больного;</li> <li>– определить показания к госпитализации;</li> <li>– вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;</li> <li>– проводить отбор пациентов для проведения санаторно-курортного лечения.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– тактикой назначения лекарственной, немедикаментозной терапии и способами оценки ее результатов при эндокринной патологии;</li> <li>– методикой подготовки больных к санаторно-курортному лечению;</li> <li>– методами оценки прогноза медицинской реабилитации.</li> </ul>

<p><b>психолого-педагогическая деятельность:</b></p>	
<p>– Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– показатели смертности от основных эндокринных заболеваний и мероприятия по их снижению;</li> <li>– причины возникновения патологических процессов в железах внутренней секреции, механизм их развития и клинические проявления;</li> <li>– влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез;</li> <li>– методы реабилитации, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в эндокринологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</li> <li>– основы рационального питания и принципы диетотерапии при сахарном диабете и ожирении;</li> <li>– основы онкологической настороженности при патологии щитовидной железы;</li> <li>– основы массовой и индивидуальной йодной профилактики у населения;</li> <li>– основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– мотивировать пациента к необходимости соблюдения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития эндокринных заболеваний;</li> <li>– установить эмоционально-психологический контакт с пациентом;</li> <li>– выбирать адекватные способы мотивации отдельных лиц, семей и общества в целом по поддержанию общего здоровья, выстраивать и поддерживать рабочие отношения.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навыками формирования мотивации к поддержанию здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние здоровья;</li> <li>– основными средствами психологического воздействия на пациента, способами построения стратегии взаимоотношения «врач-пациент» и «врач-среда».</li> </ul>
<p><b>организационно-управленческая деятельность:</b></p>	
<p>– Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– основные принципы управления и организации медицинской помощи населению;</li> <li>– методики расчета показателей деятельности медицинских организаций.</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– планировать, анализировать и оценивать качество</li> </ul>

	<p>медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– применять статистические методы в медицинских исследованиях при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций;</li> <li>– анализировать полученные результаты.</li> </ul> <p><b>владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– методами ведения медицинской документации;</li> <li>– знаниями о научных основах управления и маркетинга;</li> <li>– методиками расчета показателей эффективности деятельности медицинской организации.</li> </ul>
--	---

#### 4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 72 часа, 2 зачетные единицы.  
Распределение часов по видам учебной работы представлено в таблице 1.

Таблица 1

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		1	2	3	4
<b>Аудиторные занятия (всего)</b>	42	42	-	-	-
В том числе:	-	-	-	-	-
Лекции	2	2	-	-	-
Практические занятия	40	40	-	-	-
Семинары					
Лабораторные занятия					
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	30	30	-	-	-
В том числе:	-	-	-	-	-
<i>Другие виды самостоятельной работы</i> (подготовка к практическим занятиям, работа с отечественной и зарубежной литературой, работа с Интернет-ресурсами)	30	30	-	-	-
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		Зачет	-	-	-
Общая трудоемкость	час	72	72	-	-
	зач. ед.	2	2	-	-

#### 5. Учебно-тематический план дисциплины

№ п/п	Наименование разделов, тем	Всего (час.)	В том числе		
			Лекции (час.)	Практические занятия (час.)	Самостоятельная работа (час.)
<b>1.</b>	<b>Физиология углеводного обмена</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>10</b>
1.1.	Инсулин: строение, биосинтез и секреция, механизм дейст-	6	2	2	2

	вия и основные биологические эффекты				
1.2.	Гомеостаз глюкозы в организме и механизмы его регуляции. Понятие о контринсулярных гормонах, об инкретинах	3		2	1
1.3	Нарушение переваривания и всасывания углеводов в пищеварительном тракте	3		2	1
1.4	Нарушение синтеза и расщепления гликогена, гликогенозы	3		2	1
1.5	Нарушения промежуточного обмена углеводов	3		2	1
1.6	Типы физиологической регуляции углеводного обмена	3		2	1
1.7	Гипогликемия	3		2	1
1.8	Гипергликемия	3		2	1
1.9	Глюкозурия	3		2	1
<b>2.</b>	<b>Сахарный диабет</b>	<b>29</b>		<b>14</b>	<b>15</b>
2.1	Сахарный диабет 1 типа	7		4	3
2.2	Сахарный диабет 2 типа	7		4	3
2.3	Осложнения сахарного диабета	5		2	3
2.4	Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет. Ведение беременности. Ведение родов и послеродового периода. Диабетическая эмбрио- и фетопатия	5		2	3
2.5	Неотложные состояния. Принципы терапии при неотложных состояниях в диабетологии	5		2	3
<b>3.</b>	<b>Метаболический синдром</b>	<b>13</b>		<b>8</b>	<b>5</b>
3.1	Определение понятия и диагностика метаболического синдрома	5		3	2
3.2	Патогенез метаболического синдрома	5		3	2
3.3	Клиническая значимость и принципы терапии метаболического синдрома	3		2	1
	<b>ВСЕГО по дисциплине</b>	<b>72</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>30</b>

## 6. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины

### 6.1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль знаний проводится в форме тестирования и выполнения рефератов.

## Перечень тестовых заданий

### Тестовые задания по разделу «Сахарный диабет»

- 1. Удельный вес сахарного диабета в структуре общей заболеваемости составляет**
  - а) 1-2%
  - б) 0.5-0.9%
  - в) 20%
  - г) 30%
  - д) 40%
- 2. Удельный вес сахарного диабета у детей и подростков (по отношению к общему числу больных диабетом) составляет**
  - а) 1-2%
  - б) 3-5%
  - в) 0.5-1%
  - г) 6-10%
  - д) 40%
- 3. Удельный вес сахарного диабета у лиц до 30 лет (по отношению к общему числу больных диабетом) составляет**
  - а) 1-2%
  - б) 3-5%
  - в) 7.5-9%
  - г) 10-11%
  - д) 20%
- 4. Удельный вес сахарного диабета по отношению к общему числу больных диабетом у лиц старше 50 лет составляет**
  - а) 3-5%
  - б) 10%
  - в) 20%
  - г) 50%
  - д) 76%
- 5. Сахарный диабет занимает в структуре смертности населения**
  - а) первое место
  - б) второе место
  - в) третье место
  - г) четвертое место
  - д) пятое место
- 6. Диабет I типа преимущественно сочетается с наличием всех перечисленных антигенов HLA, кроме**
  - а) В8
  - б) В15
  - в) В18
  - г) В8 и В18
  - д) В7
- 7. Генетическими маркерами сахарного диабета II типа являются все перечисленные антигены HLA, кроме**
  - а) В8
  - б) В15
  - в) В18
  - г) DR3
  - д) HLA не отличается от здоровой популяции

- 8. Антитела к антигенам островков поджелудочной железы выявляются при I типе сахарного диабета**
- а) 0.5%
  - б) 1-2%
  - в) 10-20%
  - г) 20-40%
  - д) 50-70%
- 9. Аутоиммунный диабет сочетается со всеми перечисленными антигенами системы HLA, кроме**
- а) B8
  - б) B15
  - в) DR3
  - г) DR4
  - д) BW35
- 10. Для вирус индуцированного диабета характерно все перечисленное, кроме**
- а) кратковременного образования антител к антигенам островков поджелудочной железы
  - б) отсутствия сочетания с аутоиммунными заболеваниями
  - в) развития заболевания чаще в молодом возрасте
  - г) одинаковой встречаемости у мужчин и женщин
  - д) отсутствия склонности к образованию антител к экзогенному инсулину
- 11. Наследственными синдромами, сочетающимися с сахарным диабетом, являются все перечисленные, кроме**
- а) аутоиммунного тиреоидита
  - б) диффузного токсического зоба
  - в) пернициозной анемии
  - г) первичного гипокортицизма
  - д) эндемического зоба
- 12. К факторам риска по диабету относится все перечисленное, кроме**
- а) наследственной предрасположенности к сахарному диабету
  - б) патологической беременности (крупный мертворожденный плод, спонтанные выкидыши)
  - в) гипертонической болезни
  - г) ожирения
  - д) детей, рожденных с массой тела 4 кг
- 13. Абсолютная недостаточность инсулина может быть обусловлена всем перечисленным, кроме**
- а) опухолей поджелудочной железы
  - б) острого панкреатита
  - в) гемохроматоза
  - г) аутоиммунного поражения поджелудочной железы
  - д) внепанкреатических факторов
- 14. Патогенез инсулиннезависимого сахарного диабета обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) деструкции b-клеток
  - б) нарушения рецепторного аппарата b-клеток
  - в) гормональных антагонистов инсулина
  - г) негормональных антагонистов инсулина
  - д) снижения количества рецепторов к инсулину
- 15. Иммунологические изменения при сахарном диабете I типа характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) наличия антител к клеткам панкреатических островков

- б) сочетания диабета с другими аутоиммунными заболеваниями
  - в) наличия "инсулитов"
  - г) сочетания с антигенами системы HLA: B8, DR3, DR4
  - д) отсутствия образования антител к антигенам островков поджелудочной железы
- 16. В патогенезе сахарного диабета II типа играют роль все перечисленные гормональные антагонисты инсулина, кроме**
- а) гормона роста
  - б) адренкортикотропного гормона
  - в) андрогенов
  - г) глюкокортикоидов
  - д) глюкагона
- 17. Нарушение углеводного обмена при сахарном диабете проявляется в виде всего перечисленного, кроме**
- а) торможения процесса фосфорилирования глюкозы и ее окисления
  - б) замедления перехода углеводов в жир
  - в) повышенного перехода углеводов в гликоген
  - г) повышенного накопления лактата в крови
  - д) гипергликемии и глюкозурии
- 18. Торможение цикла Кребса при сахарном диабете обусловлено всем перечисленным, кроме**
- а) дефицита инсулина
  - б) гипоксии
  - в) дефицита витаминов группы В
  - г) дефицита тиреоидных гормонов
  - д) дефицита пролактина
- 19. К снижению синтеза гликогена у больных диабетом приводит все перечисленное, кроме**
- а) голодания
  - б) гипоксии
  - в) дозированной физической нагрузки
  - г) гипогликемических реакций
  - д) заболевания печени
- 20. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) гиперлипидемии
  - б) жировой инфильтрации печени
  - в) гиперкетонемии и кетонурии
  - г) гиперхолестеринемии
  - д) снижения уровня билирубина
- 21. Нарушение белкового обмена при сахарном диабете характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) снижения синтеза белка
  - б) увеличения гликонеогенеза
  - в) увеличения содержания альбуминов в плазме
  - г) гиперазотемии
  - д) повышения распада белка
- 22. Патогенез сильной жажды, сухости во рту при диабете обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) обезвоживания организма
  - б) повышения гликемии
  - в) повышения уровня мочевины в крови
  - г) избыточного выделения жидкости через почки

- д) снижения уровня натрия в крови
- 23. Диабетическая микроангиопатия характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) утолщения базальной мембраны
  - б) пролиферации эндотелия
  - в) отложения избыточного количества PAS-положительных веществ
  - г) дегенеративных изменений в эндотелиальных клетках и перицитах
  - д) истончения базальной мембраны
- 24. Патогенез диабетической микроангиопатии обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) нарушения обмена полисахаридов (гликогена) или мукополисахаридов в базальной мембране капилляров и соединительной ткани сосудистой стенки
  - б) снижения способности эритроцитов к деформации в период прохождения по капилляру
  - в) понижения проницаемости сосудистой стенки для белков плазмы
  - г) отложения иммунных комплексов в базальной мембране
  - д) ухудшения кровотока, ведущего к гипоксии и ухудшению питания эндотелия
- 25. Патоморфологические изменения островкового аппарата поджелудочной железы при диабете I типа характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) уменьшения числа  $\beta$ -клеток
  - б) дегрануляции  $\beta$ -клеток
  - в) признаков дегенерации островков
  - г) уменьшение числа  $\beta$ -клеток
  - д) гиалиноза и фиброза островков
- 26. Морфологические изменения при диабетической микроангиопатии включают все перечисленное, кроме**
- а) изменения структуры базальной мембраны
  - б) утолщения базальной мембраны капилляров, венул, артериол
  - в) дегенерации перицитов
  - г) пролиферации эндотелиальных клеток
  - д) сужения базальной мембраны
- 27. Наименее часто атеросклеротические изменения при сахарном диабете выявляются в сосудах**
- а) коронарных
  - б) головного мозга
  - в) почек
  - г) нижних конечностей
  - д) селезенки
- 28. Патоморфологические изменения в печени при диабете характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) жировой инфильтрации печени
  - б) гликогенной инфильтрации печени
  - в) цирроза печени
  - г) увеличения печени
  - д) белковой дистрофии
- 29. Инсулинозависимый диабет (I тип) характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) острого начала заболевания
  - б) склонности к кетозу
  - в) отсутствия связи с HLA-системой
  - г) снижения уровня инсулина в сыворотке крови
  - д) необходимости лечения инсулином



- 30. Инсулинонезависимый диабет (II тип) характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) возраста к началу болезни старше 40 лет
  - б) избыточной массы тела
  - в) отсутствия склонности к кетоацидозу
  - г) постепенного развития заболевания
  - д) необходимости лечения инсулином в первые 2-3 года
- 31. К подгруппе лиц с потенциальными нарушениями толерантности к глюкозе относятся все перечисленные контингенты, кроме**
- а) однояйцевых близнецов, один из которых болен сахарным диабетом
  - б) лиц, оба родителя которых больны сахарным диабетом
  - в) женщин с привычными выкидышами, многоводием
  - г) развития нарушенной толерантности к глюкозе у больных с вирусным гепатитом
  - д) женщин, родивших живого или мертвого ребенка массой тела 4.5 кг и более
- 32. Общими признаками компенсации диабета являются все перечисленные, кроме**
- а) нормогликемии натощак
  - б) нормогликемии в течение суток
  - в) отсутствия жалоб, характерных для диабета
  - г) высокого уровня гликозилированного гемоглобина
  - д) аглюкозурии
- 33. Липоидный некробиоз характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) появления на коже красно-фиолетовых узелков
  - б) наличия узелков округлой формы, плотной консистенции
  - в) склонности узелков к периферическому росту
  - г) появления узелков чаще на коже голени
  - д) отсутствия изъязвлений некробиотического очага
- 34. Диабетический ксантоматоз характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) папул и узелков желтого цвета
  - б) гиперлипидемии
  - в) нормального уровня липидов в крови
  - г) наличия ксантом, состоящих из скоплений гистиоцитов, нагруженных липидами
  - д) наиболее частой локализации - ладони, стопы, предплечье, область локтей и коленной
- 35. Кожные проявления при диабете I типа часто характеризуются наличием всего перечисленного, кроме**
- а) диабетического пузыря
  - б) фурункулеза, карбункулеза
  - в) диабетической эпидермофитии
  - г) отсутствия витилиго
  - д) контрактуры Дюпюитрена
- 36. Поражения органов дыхания при сахарном диабете характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) предрасположенности к пневмонии
  - б) склонности к фарингитам, ларингитам, бронхитам
  - в) пневмонии, редко абсцедирующей
  - г) присоединения туберкулеза
  - д) атипичного течения хронической легочной патологии
- 37. Для туберкулеза легких у больных диабетом характерно все перечисленное, кроме**
- а) чаще заболевают больные молодого возраста
  - б) более частой локализации очага в воротах легких или в центральных отделах
  - в) преобладания абациллярных форм

- г) редкого развития экссудативных форм
  - д) бессимптомного течения
- 38. Диабетическая вегетативная кардиопатия характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) постоянной тахикардии
  - б) непостоянной тахикардии
  - в) фиксированного сердечного ритма
  - г) ортостатической гипотензии
  - д) безболевого инфаркта миокарда
- 39. Диабетическая миокардиодистрофия клинически характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) укорочения периода изгнания левого желудочка
  - б) удлинения периода напряжения
  - в) укорочения периода напряжения
  - г) повышения диастолического давления левого желудочка без увеличения его диастолического объема
  - д) поражения мелких сосудов сердца
- 40. Особенности клинического течения инфаркта миокарда является все перечисленное, кроме**
- а) развития распространенных инфарктов
  - б) наличия сердечной недостаточности
  - в) частых тромбоэмболических осложнений
  - г) уменьшения процента летальности в остром периоде
  - д) нетипичной клиники инфаркта со слабо выраженным или отсутствующим болевым синдромом
- 41. При диабете имеет место корреляция частоты инфаркта миокарда со всем перечисленным, кроме**
- а) гиперлипидемии
  - б) возраста больных
  - в) типа диабета
  - г) наличия ожирения
  - д) наличия гипертензии
- 42. Клиническими признаками инфаркта миокарда у больных диабетом может быть все перечисленное, кроме**
- а) внезапного развития сердечной недостаточности
  - б) отсутствия декомпенсации диабета
  - в) нарушений сердечного ритма
  - г) немотивированной тошноты, рвоты
  - д) отека легких
- 43. Причиной диабетической гангрены могут быть все перечисленные факторы, кроме**
- а) микротравм
  - б) гипогликемии
  - в) вросшего ногтя
  - г) отморожения
  - д) инфицированной мозоли
- 44. Основными патогенетическими факторами диабетической гангрены являются все перечисленные, кроме**
- а) диабетической макроангиопатии
  - б) диабетической микроангиопатии
  - в) гиперпролактинемии
  - г) периферической нейропатии

- д) нарушенного тканевого метаболизма
- 45. Для сухой неинфицированной гангрены ("ишемическая диабетическая стопа") характерно все перечисленное, кроме**
- а) локализации чаще на пальцах стопы
  - б) наличия некротического участка черного цвета
  - в) явления мумификации
  - г) кожа на пораженном участке бледная, сухая с небольшим ограниченным некротическим очагом
  - д) резко ухудшенного общего состояния больного
- 46. Для влажной гангрены характерно все перечисленное, кроме**
- а) появления пузырей с мутным экссудатом
  - б) некроза подкожной клетчатки
  - в) малоизмененного общего состояния больного
  - г) вовлечения в некротический процесс мышц, костей, сухожилий
  - д) возможности развития генерализованного сепсиса
- 47. Для простой диабетической ангиопатии сетчатки характерно все перечисленное, кроме**
- а) расширенных вен
  - б) извитых вен
  - в) микроаневризм
  - г) неравномерности калибра вен
  - д) очагов помутнения сетчатки
- 48. Для II стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме**
- а) кровоизлияния в сетчатку
  - б) очагов помутнения сетчатки
  - в) новообразования сосудов
  - г) микроаневризм
  - д) извитости сосудов
- 49. Для III стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме**
- а) отсутствия новообразования сосудов
  - б) отека сетчатки
  - в) микроаневризм
  - г) кровоизлияний
  - д) очагов дегенерации в сетчатке
- 50. При сахарном диабете часто развиваются все перечисленные изменения со стороны глаз, кроме**
- а) иритов, иридоциклитов
  - б) катаракты
  - в) глаукомы
  - г) миопии
  - д) гиперметропии
- 51. К симптомам диабетической мононейропатии относятся все перечисленные, кроме**
- а) симметричных болей в конечностях, поясничной области
  - б) онемения
  - в) зябкости или жжения в ногах, руках
  - г) тонических судорог икроножных мышц
  - д) полной обратимости двигательных расстройств
- 52. Для диабетического полиневрита характерно все перечисленное, кроме**
- а) асимметричного поражения проксимальных мышц
  - б) выраженного болевого синдрома
  - в) возможной обратимости двигательных расстройств

- г) развития остеопороза на ранних сроках поражения
  - д) уменьшения проявлений при компенсации сахарного диабета
- 53. Для периферической диабетической невропатии характерно все перечисленное, кроме**
- а) снижения сухожильных рефлексов
  - б) снижения силы мышц в кистях и стопах
  - в) гиперестезии
  - г) болезненности икроножных мышц при давлении
  - д) снижения холодовой, тепловой, болевой и вибрационной чувствительности по типу перчаток и носков
- 54. Диабетическая амиотрофия характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) быстрого развития слабости в мышцах, в основном, - проксимальных
  - б) похудения мышц
  - в) снижения и выпадения рефлексов
  - г) отсутствия нарушения чувствительности
  - д) отсутствия обратимости симптомов при адекватной терапии сахарного диабета
- 55. Диабетическая "нейропатическая стопа" характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) прогрессирующего расстройства всех видов чувствительности
  - б) трофических нарушений
  - в) ослабления болевого синдрома
  - г) возникновения остеоартропатии с деструкцией
  - д) отсутствия спонтанных переломов
- 56. Для диабетической энцефалопатии характерно наличие всего перечисленного, кроме**
- а) неврастении
  - б) психоастении
  - в) истерии
  - г) ослабления памяти
  - д) адекватного поведения
- 57. Диабетическая гастропатия клинически характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) изменения моторики желудка
  - б) снижения секреторной функции желудка
  - в) повышения кислотообразующей функции желудка
  - г) малосимптомного течения гастрита
  - д) малосимптомного течения язвенной болезни желудка
- 58. Диабетическая энтеропатия проявляется всем перечисленным, кроме**
- а) усиления моторики кишечника (поносы)
  - б) снижения моторики кишечника (запоры)
  - в) вздутия кишечника
  - г) гиперсекреции пищеварительных ферментов
  - д) малосимптомного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 59. Проявления жировой инфильтрации печени при сахарном диабете характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) увеличения размеров печени
  - б) мягкой, гладкой на ощупь поверхности печени
  - в) склонности больных к гипогликемиям
  - г) обычно неизменных функциональных проб печени
  - д) нормальной альбуминообразовательной функции

- 60. Патогенез энтеропатии при сахарном диабете обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) диабетической микроангиопатии
  - б) вегетативной диабетической нейропатии
  - в) аутоиммунного поражения кишечника
  - г) инсулинотерапии (инсулин короткого действия)
  - д) наследственной обусловленности
- 61. Синдром Киммельстила - Уилсона характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) ретинопатии
  - б) артериальной гипертензии
  - в) протеинурии
  - г) отсутствия микроальбуминурии
  - д) гиперазотемии
- 62. Диагностика пиелонефрита у больных сахарным диабетом включает все перечисленные исследования, кроме**
- а) анализа мочи по Аддису, Нечипоренко
  - б) анализа мочи на бактериурию
  - в) рентгеноурографии
  - г) анализа мочевого осадка
  - д) пробы Реберга
- 63. Для сахарного диабета характерна вся перечисленная патология мочевыделительной системы, кроме**
- а) цистита
  - б) пиелита
  - в) пиелонефрита
  - г) абсцесса, карбункула почки
  - д) врожденных дефектов мочевыделительной системы
- 64. Папиллярный некроз при сахарном диабете характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) резкого ухудшения общего состояния больного
  - б) резкой декомпенсации диабета вплоть до диабетической комы
  - в) развития острой почечной недостаточности
  - г) отсутствия острой почечной недостаточности
  - д) гнойной интоксикации
- 65. Пренефротическая стадия диабетической нефропатии характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) протеинурии (от следов до сотых долей промилле)
  - б) нормального артериального давления
  - в) усиления фильтрационной функции почек
  - г) гипопроteinемии
  - д) снижения почечного кровотока
- 66. Нефротическая стадия характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) стойкой протеинурии
  - б) снижения концентрационной функции почек
  - в) нормального артериального давления
  - г) наличия анемии, ускоренной СОЭ
  - д) сохранной азотовыделительной функции почек
- 67. Нефросклеротическая стадия характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) отеков
  - б) гипертензии
  - в) креатинемии, азотемии, повышения уровня мочевины в крови
  - г) эритроцитурии

- д) повышения кортизола
- 68. Увеличение уровня СТГ при сахарном диабете выявляется во всех перечисленных случаях, кроме**
- а) кетоацидоза
  - б) декомпенсации сахарного диабета
  - в) гипогликемических состояний
  - г) компенсации сахарного диабета
  - д) сочетания акромегалии и сахарного диабета
- 69. Для функционального состояния половых желез у женщин при тяжелой форме сахарного диабета характерно все перечисленное, кроме**
- а) бесплодия
  - б) самопроизвольных абортов
  - в) преждевременных родов
  - г) сохраненного менструального цикла у большинства больных
  - д) вульвитов, вагинитов
- 70. Сахарный диабет часто выявляется при всех следующих эндокринных заболеваниях, кроме**
- а) акромегалии
  - б) болезни Иценко - Кушинга
  - в) феохромоцитомы
  - г) ожирения
  - д) синдрома Симмондса
- 71. Наиболее точным методом определения истинного содержания глюкозы без редуцирующих веществ являются все перечисленные методы, кроме**
- а) метода Хагедорна - Иенсена
  - б) метода Сомоджи - Нельсона
  - в) метода Нательсона
  - г) ортотолуидиновой методики Фрида и Гофльмайера
- 72. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при всем перечисленном, кроме**
- а) инфекции, лихорадки
  - б) заболевания желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания
  - в) поражения печеночной паренхимы
  - г) синдрома Нонена (Нунана)
  - д) панкреатитов
- 73. Проба с внутривенным введением глюкозы проводится в перечисленных случаях, кроме**
- а) гипотиреоза
  - б) хронического панкреатита
  - в) хронического холецистита
  - г) заболеваний, сопровождающихся стеатореей
  - д) нарушения всасывания глюкозы в кишечнике
- 74. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести все перечисленное, кроме**
- а) оценки эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев терапии
  - б) проведения необходимой коррекции лечебных мероприятий
  - в) выявления скрытых форм диабета
  - г) оценки уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней)
- 75. Наиболее ценным методом для лабораторной диагностики сахарного диабета является**
- а) определение посталиментарной гликемии

- б) исследование содержания глюкозы в ушной сере
  - в) определение фруктозамина
  - г) определение гликозилированного гемоглобина
  - д) определение гликемии натощак
- 76. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать все перечисленные методы, кроме**
- а) тестирующих полосок (глюкотест, тесттайп, биофан и др.)
  - б) исследования гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой
  - в) сочетания укороченного СТГ с определением сахара в крови по тест-бумаге "декстростикс" и др.
  - г) определения гликемии только натощак
  - д) определения гликозилированного гемоглобина
- 77. Патологические уровни базальной и посталиментарной гликемии, характерные для клинического диабета в капиллярной крови**
- а) 3.3-5.5 ммоль/л натощак
  - б) более 6.7 ммоль/л натощак, через 2 часа после введения глюкозы - более 11.1 ммоль/л
  - в) 4.4 ммоль/л натощак, 6.7 ммоль/л через 2 часа после введения глюкозы
  - г) 6.0 ммоль/л натощак, 5.5 ммоль/л через 2 часа после нагрузки глюкозой
- 78. Уровень инсулина в сыворотке крови характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) резкого снижения при I типе сахарного диабета
  - б) частого повышения при II типе диабета
  - в) нормального или сниженного уровня при II типе диабета
  - г) повышенной стимулированной секреции инсулина (при пробах с глюкозой) при I типе диабета
  - д) снижения I фазы стимулированной секреции инсулина (при пробах с глюкозой) при II типе диабета
- 79. На показатели диагностических тестов оказывают влияние все перечисленные факторы, кроме**
- а) приема глюкокортикоидов, гипотиозида, салицилатов
  - б) возраста больного
  - в) характера пробы, взятой для исследования (капиллярная, венозная)
  - г) метода исследования сахара крови
  - д) предшествующая исследованию диета не влияет на показатели
- 80. Аглюкозурия при сахарном диабете возможна во всех следующих случаях, кроме**
- а) компенсации диабета
  - б) снижения порога проходимости для глюкозы (почечный диабет) осложненного гломерулосклерозом
  - в) сахарного диабета,
  - г) нарушения функции почек другой этиологии
  - д) гиперинсулинемии
- 81. Глюкозурия может быть следствием всего перечисленного, кроме**
- а) почечного диабета
  - б) беременности
  - в) заболевания почек (пиелонефрита, хронического нефрита, нефроза)
  - г) синдрома Фанкони
  - д) гипотиреоза
- 82. Основными профилактическими мероприятиями при сахарном диабете и его осложнениях являются все перечисленные, кроме**
- а) максимального устранения нарушений углеводного, липидного, белкового и водно-солевого обменов

- б) предупреждения возникновения или прогрессирования диабетической микроангиопатии, атеросклероза
  - в) поддержания идеальной массы тела
  - г) нормализации кровяного давления
  - д) назначения физических упражнений всем больным диабетом
- 83. Самоконтроль при сахарном диабете включает все перечисленное, кроме**
- а) определения гликемии
  - б) определения глюкозурии, кетонурии
  - в) ведения журнала регистрации результатов анализов
  - г) контроля за массой тела и АД
  - д) самостоятельной отмены без согласования с врачом сахароснижающих средств
- 84. Овощи и фрукты содержат все перечисленное, кроме**
- а) витаминов
  - б) микро- и макроэлементов
  - в) клетчатки
  - г) пектина
  - д) ксилита
- 85. Фруктоза, содержащаяся во фруктах и ягодах, способствует всему перечисленному, кроме**
- а) образования гликогена
  - б) обладает антикетогенным действием
  - в) снижения мукополисахаридов в крови
  - г) не обладает гипохолестеринемическим эффектом
  - д) улучшения течения диабетической ангиопатии
- 86. Добавление в рацион пищевой клетчатки способствует всему перечисленному, кроме**
- а) понижения базальной и стимулированной приемом пищи гипергликемии
  - б) уменьшения содержания холестерина и триглицеридов в сыворотке крови
  - в) отсутствия влияния на эндогенный синтез витаминов
  - г) уменьшения абсорбции пищевых ингредиентов из кишечника
  - д) нормализации функции кишечника
- 87. Заменители сахара (ксилит, сорбит, фруктоза, маннит) обладают всеми перечисленными свойствами, кроме**
- а) антикетогенного действия
  - б) снижения гликемии
  - в) желчегонного действия
  - г) послабляющего действия
  - д) улучшения функции печени
- 88. Абсолютным показанием для инсулинотерапии являются все перечисленные случаи, кроме**
- а) кетоацидоза, прекоматозных состояний, диабетических ком (гиперосмолярной, молочнокислой и кетоацидотической)
  - б) диабетической нефропатии с нарушением азотовыделительной функции почек
  - в) беременности и родов
  - г) отсутствия эффекта от диетотерапии
  - д) тяжелых поражений печени (гепатит, цирроз)
- 89. Аллергические реакции на введение инсулина проявляются всем перечисленным, кроме**
- а) уртикарной генерализованной сыпи
  - б) появления на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения
  - в) желудочно-кишечных проявлений
  - г) гипогликемии



- д) отека
- 90. При наличии аллергии на инсулин следует назначить все перечисленное, кроме**
- а) антигистаминной терапии
  - б) нагревания флакона с инсулином при температуре 60°C в течение часа
  - в) перемены вида инсулина
  - г) уменьшения дозы вводимого инсулина
  - д) кортикостероидной терапии
- 91. Возникновение постинъекционных инсулиновых липодистрофий обусловлено всем перечисленным, кроме**
- а) качества препаратов инсулина
  - б) воспалительной реакции в ответ на механическое разрушение клеток аутоиммунным процессом
  - в) декомпенсации сахарного диабета
  - г) введения охлажденного инсулина
  - д) попадания спирта в подкожную клетчатку
- 92. К осложнениям, вызываемым введением инсулина, относится все перечисленное, кроме**
- а) нарушения аккомодации
  - б) отеков
  - в) гипогликемии
  - г) аллергических реакций
  - д) кетоацидоза
- 93. Нарушение зрения при инсулинотерапии может проявляться всем перечисленным, кроме**
- а) изменения рефракции, обусловленное изменением кривизны хрусталика
  - б) миопии вследствие накопления в хрусталике сорбита с последующей задержкой жидкости
  - в) кратковременной потери зрения из-за развития гипогликемии
  - г) развития катаракты
  - д) возникновения временной миопии при снижении сахара в крови
- 94. К развитию гипогликемии могут привести все перечисленные факторы, кроме**
- а) нарушения диеты и режима питания
  - б) чрезмерных физических нагрузок
  - в) стрессовой ситуации
  - г) развития жировой инфильтрации печени
  - д) передозировки инсулина
- 95. Гипогликемии способствуют всему перечисленному, кроме**
- а) прогрессирования микроангиопатий
  - б) развития свежих ретинальных кровоизлияний
  - в) жировой инфильтрации печени
  - г) развития инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения
  - д) развития инсулинорезистентности
- 96. Гипогликемические реакции устраняются введением всего перечисленного, кроме**
- а) сахара, меда, варенья
  - б) внутривенного вливания глюкозы
  - в) внутримышечных инъекций адреналина
  - г) внутримышечных инъекций глюкагона
  - д) употребления алкоголя
- 97. Синдром хронической передозировки инсулина клинически проявляется всем перечисленным, кроме**
- а) лабильного течения диабета
  - б) кетоацидоза

- в) частых гипогликемических реакций
  - г) прибавки в весе
  - д) отсутствия потливости
- 98. Механизм сахароснижающего действия сульфаниламидных препаратов включает все перечисленное, кроме**
- а) увеличения числа тканевых рецепторов инсулина
  - б) стимуляции инсулина  $\beta$ -клетками поджелудочной железы
  - в) подавления продукции глюкагона
  - г) увеличения чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину
  - д) уменьшения абсорбции глюкозы в кишечнике
- 99. Показанием для назначения сульфаниламидов является все перечисленное, кроме**
- а) сахарного диабета II типа со стабильным течением
  - б) инсулинорезистентности
  - в) лабильного течения сахарного диабета I типа
  - г) стероидного диабета
  - д) детского диабета
- 100. Абсолютными противопоказаниями для назначения препаратов сульфанилмочевины являются все перечисленные, кроме**
- а) кетоацидоза
  - б) беременности, родов, лактации
  - в) заболевания крови (лейкопении, тромбоцитопении)
  - г) диабетической нефропатии III стадии
  - д) инсульта
- 101. Сахароснижающее действие сульфаниламидов усиливает одновременное применение всех перечисленных препаратов, кроме**
- а) алкоголя
  - б) анаприлина
  - в) мочегонных
  - г) аспирина
  - д) комбинации сульфаниламидных препаратов I и II генерации
- 102. Побочные эффекты сульфаниламидов включают все перечисленное, кроме**
- а) желудочно-кишечных проявлений
  - б) аллергических реакций
  - в) потери массы тела
  - г) снижения тромбоцитов, лейкоцитов
  - д) токсических нарушений функции печени
- 103. В наименьшем проценте выделяются через почки сульфаниламидные препараты**
- а) хлорпропамид
  - б) гликлазид
  - в) глюренорм
  - г) глибенкламид
  - д) минидиаб
- 104. Механизм сахароснижающего эффекта бигуанидов включает все перечисленное, кроме**
- а) повышения утилизации глюкозы мышечной тканью
  - б) стимуляции секреции инсулина  $\beta$ -клетками
  - в) торможения глюконеогенеза
  - г) потенцирования инсулинового действия
  - д) освобождения глюкозы из печени
- 105. Абсолютными противопоказаниями для применения бигуанидов являются все перечисленные, кроме**
- а) кетоацидоза

- б) хронических заболеваний, сопровождающихся тканевой гипоксией
- в) беременности
- г) умеренной лейкопении
- д) диабетической нефропатии II-III стадии

**106. Побочный эффект бигуанидов включает все перечисленное, кроме**

- а) молочнокислого ацидоза
- б) аллергических кожных реакций
- в) диспепсических реакций
- г) гипогликемических реакций
- д) холестаза

**107. Сахароснижающим эффектом обладают все перечисленные средства, кроме**

- а) арфазетина
- б) одуванчика лекарственного
- в) листьев черники
- г) створок фасоли
- д) чайных листьев

**108. В лечении диабетических ангиопатий используют все перечисленные препараты, кроме**

- а) трентала
- б) продектина
- в) дицинона
- г) доксиума
- д) глибенкламида

**109. Положительное влияние на гемостаз аспирина обусловлено**

- а) активацией тромбосана
- б) подавлением простоциклинов
- в) повышением агрегации тромбоцитов
- г) подавлением фибринолиза
- д) блокированием агрегации тромбоцитов

**110. Гиполипидемическим эффектом обладают все перечисленные препараты, кроме**

- а) липоевой кислоты
- б) линетола
- в) никотиновой кислоты
- г) метионина
- д) глибенкламида

**111. Физиотерапевтические методы лечения сахарного диабета назначают при всем перечисленном, кроме**

- а) липоидного некробиоза
- б) диабетической полинейропатии
- в) жировой инфильтрации печени
- г) постинъекционных инсулиновых липодистрофий
- д) глаукомы

**112. Дозированные физические упражнения при сахарном диабете способствуют всему перечисленному, кроме**

- а) снижения уровня гликемии
- б) снижения дозы вводимого инсулина
- в) повышения чувствительности организма к инсулину
- г) повышения риска возникновения сердечных заболеваний
- д) снижения массы тела

**113. Физические упражнения при сахарном диабете способствуют всему перечисленному, кроме**

- а) увеличения числа рецепторов к инсулину

- б) снижения уровня холестеринемии
- в) снижения уровня триглицеридемии
- г) повышения кетогенеза при уровне выше 300 мг% (17.1 ммоль/л)
- д) снижения уровня холестерина и липопротеидов высокой плотности

**114. В предоперационном периоде всем больным сахарным диабетом проводят все перечисленные мероприятия, кроме**

- а) санации всех возможных источников инфекции
- б) максимальной нормализации углеводного обмена
- в) максимальной нормализации кислотно-щелочного равновесия
- г) максимального контроля внешнего дыхания
- д) отмены сульфаниламидных сахароснижающих средств и назначения инсулина

**115. Противопоказания для санаторно-курортного лечения больных диабетом является все перечисленное, кроме**

- а) высокой гипергликемии
- б) тяжелых гипогликемических состояний
- в) склонности к кетоацидозу
- г) диабетической ретинопатии I стадии
- д) диабетической нефропатии III стадии

**116. Для компенсации сахарного диабета характерно все перечисленное, кроме**

- а) отсутствия клинических жалоб, свойственных диабету
- б) нормальной гликемии натощак
- в) нормального уровня гликозилированного гемоглобина
- г) отсутствия гипогликемических реакций
- д) гиперлипидемии

**117. Гормональная деятельность плаценты может обусловить все перечисленное, кроме**

- а) нарушения толерантности к углеводам женщин
- б) почечной глюкозурии
- в) снижения липидов
- г) увеличения кетоновых тел
- д) нарушения развития плода

**118. Беременность при сахарном диабете может осложниться всем перечисленным, кроме**

- а) угрозы прерывания беременности на ранних сроках
- б) позднего токсикоза
- в) многоводия
- г) гибели плода
- д) маловодия

**119. Прерывание беременности при сахарном диабете на ранних сроках может быть обусловлено всем перечисленным, кроме**

- а) декомпенсации сахарного диабета
- б) кетоацидоза
- в) урогенитальной инфекции
- г) нормогликемии
- д) предшествующей беременности дисфункции яичников

**120. Поздний токсикоз беременных у больных диабетом проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) выраженной нефропатии
- б) нарастания отеков
- в) почечной недостаточности
- г) гипертензии
- д) гипотензии

- 121. Многоводие при сахарном диабете обуславливает все перечисленное, кроме**
- а) утяжеления течения беременности
  - б) способствует появлению позднего токсикоза
  - в) повышения угрозы гибели плода
  - г) увеличения гиперпродуцирующей функции плаценты
  - д) развития врожденных уродств
- 122. Большая масса тела ребенка при диабете обусловлена всем перечисленным, кроме**
- а) гиперинсулинизма плода
  - б) избыточного количества глюкозы, проникающей через плацентарный барьер
  - в) высокого уровня плацентарного лактогена
  - г) повышенного липогенеза
  - д) сниженного липогенеза
- 123. Диабетическая фетопатия характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) большой массы тела рожденного ребенка
  - б) множественных пороков развития плода
  - в) осложнения течения периода новорожденности (частые респираторные нарушения)
  - г) угрозы для жизни ребенка во время родов (асфиксия, травма головы, туловища, гипоксия, гипогликемия)
  - д) нормально адаптированного функционально зрелого плода
- 124. Особенности течения сахарного диабета у беременных женщин проявляются всем перечисленным, кроме**
- а) первой половины беременности (до 20 недель), характеризующейся обычным течением сахарного диабета
  - б) повышенной потребности в инсулине в первой половине беременности
  - в) ухудшения течения диабета с 16-20-й недели беременности (возрастание потребности в инсулине, склонность к кетоацидозу)
  - г) более стабильного течения диабета, начиная с 35-36-й недели беременности (уменьшение потребности в инсулине)
  - д) потребности в инсулине, которая меняется в зависимости от сроков беременности
- 125. Беременным женщинам с нарушением толерантности к углеводам назначают**
- а) диету с полным исключением легко усваиваемых углеводов
  - б) бигуаниды
  - в) пероральные сахароснижающие препараты I генерации
  - г) пероральные сахароснижающие препараты II генерации
  - д) инсулинотерапию
- 126. Потребность в инсулине у беременных женщин с инсулинозависимой формой диабета изменяется в зависимости от сроков беременности следующим образом, кроме**
- а) в первые 3-4 месяца беременности доза инсулина существенно не меняется
  - б) на 20-24-й неделе беременности возрастает
  - в) на 35-36-й неделе обычно снижается
  - г) на 20-24-й неделе снижается
  - д) после родов потребность в инсулине остается такой же, как и до беременности
- 127. Показаниями для досрочного прерывания беременности консервативным путем является все перечисленное, кроме**
- а) позднего токсикоза беременности
  - б) нарастающего многоводия
  - в) нарушения жизнедеятельности плода
  - г) повторных гипогликемий у матери
  - д) нарастания признаков диабетической нефропатии

- 128. Показанием для досрочного прерывания беременности оперативным путем является все перечисленное, кроме**
- а) нарастания симптомов ретинопатии (свежие множественные кровоизлияния)
  - б) нарастания симптомов диабетической нефропатии с развитием почечной недостаточности
  - в) кровотечения (отслойка плаценты)
  - г) нарушения жизнедеятельности плода (прогрессирующая гипоксия, ослабление шевеления и т.д.)
  - д) нарастания многоводия
- 129. Критериями компенсации сахарного диабета при беременности являются все перечисленные, кроме**
- а) отсутствия жалоб
  - б) отсутствия гипогликемических состояний и кетоацидоза
  - в) сохранения трудоспособности
  - г) нормализации сахара в крови натощак с колебаниями в течение суток, не превышающими 10 ммоль/л
  - д) гликемии натощак и перед едой 10 ммоль/л
- 130. Профилактика фетопатии включает все перечисленное, кроме**
- а) наблюдения больных сахарным диабетом детородного возраста с целью заблаговременного выявления противопоказаний к деторождению
  - б) достижения полной компенсации сахарного диабета на всех сроках беременности
  - в) выявления и лечения соматической патологии и осложнений беременности
  - г) достижения полной компенсации сахарного диабета до наступления беременности, не играющей роли в профилактике фетопатии
- 131. В быстром прогрессировании атеросклероза у больных сахарным диабетом играют роль все следующие факторы, кроме**
- а) эндогенной или экзогенной гиперинсулинемии
  - б) нарушения липидного обмена
  - в) снижения липолитической активности сосудистой стенки
  - г) видов лечения
  - д) повышения агрегации тромбоцитов на субэндотелиальном уровне
- 132. Факторами риска атеросклероза при сахарном диабете является все перечисленное, кроме**
- а) возраста
  - б) пола
  - в) артериальной гипертензии
  - г) ожирения
  - д) снижения физической активности
- 133. Особенности клинического течения инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом являются все перечисленные, кроме**
- а) возникновения распространенных инфарктов
  - б) явлений сердечной недостаточности
  - в) часто наблюдаемых тромбоэмболических осложнений
  - г) отсутствия повторных инфарктов
  - д) нетипичной клиники инфарктов со слабо выраженным или отсутствующим болевым синдромом
- 134. Этиологическими факторами абсолютного гиперинсулинизма являются все перечисленные, кроме**
- а) доброкачественной или злокачественной опухоли  $\beta$ -клеток панкреатических островков
  - б) гиперплазии  $\beta$ -клеток панкреатических островков
  - в) доброкачественной или злокачественной опухоли из  $\beta$ -клеток эктопированной ост-

- ровковой ткани поджелудочной железы  
г) неврогенной анорексии  
д) панкреатита с преимущественным поражением панкреатических островков
- 135. Этиологическими факторами относительного гиперинсулинизма являются все перечисленные, кроме**
- а) заболевания печени и желудочно-кишечного тракта
  - б) реактивного гиперинсулинизма
  - в) гипоглюкагонемии
  - г) гипокортицизма
  - д) гипофункции передней доли гипофиза
- 136. Частота инфаркта миокарда коррелирует у больных с диабетом со всеми перечисленными факторами, кроме**
- а) длительности диабета
  - б) возраста больного
  - в) наличия ожирения
  - г) типа сахарного диабета
  - д) наличия гипертензии
- 137. Признаками безболевого (атипичного) инфаркта миокарда может быть все перечисленное, кроме**
- а) внезапного возникновения общей сердечной недостаточности
  - б) развития отека легких
  - в) нарушения сердечного ритма
  - г) снижения гликемии
  - д) немотивированной тошноты, рвоты
- 138. Патология сердца при сахарном диабете может быть обусловлена всем перечисленным, кроме**
- а) коронарного атеросклероза
  - б) диабетической микроангиопатии
  - в) миокардиодистрофии
  - г) вегетативной диабетической кардиальной нейропатии
  - д) гиперкалиемического миокардита на фоне кетоацидоза
- 139. Стенокардия при сахарном диабете нередко протекает атипично, проявляясь всем перечисленным, кроме**
- а) потливости
  - б) слабости
  - в) сердцебиения
  - г) одышки
  - д) брадикардии
- 140. Для больных диабетом с ишемической стопой характерно все перечисленное, кроме**
- а) онемения, чувства холода в ногах
  - б) парестезий, чувства жжения в области стоп
  - в) периодических судорог в мышцах
  - г) перемежающейся хромоты
  - д) отсутствия сильных болей в конечностях
- 141. Особенности лечения больных диабетом с атеросклерозом, инфарктом миокарда, ишемической болезнью сердца все перечисленное, кроме**
- а) максимально возможной компенсации сахарного диабета
  - б) избегать хронической передозировки инсулина, вызывающей гиперинсулинемию
  - в) инсулинотерапии как основного вида компенсации диабета II типа
  - г) борьбы с ожирением, нормализации массы тела
  - д) устранения гипертензии и гиперлипидемии

- 142. При лечении острого инфаркта миокарда больного со II типом диабета, получающего сульфаниламидные препараты, при наличии гипергликемии назначают**
- а) малые дозы простого инсулина в 3-4 инъекциях
  - б) комбинированную терапию: малые дозы короткого инсулина в 2-4 инъекциях и 1-2 таблетки сульфаниламидных препаратов
  - в) комбинированную терапию инсулином и бигуанидами
  - г) другую группу сульфаниламидных сахароснижающих средств
  - д) терапию бигуанидами
- 143. Прогноз сахарного диабета неблагоприятен при развитии всего перечисленного, кроме**
- а) диабетических коматозных состояний
  - б) инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения
  - в) диабетической гангрены
  - г) сепсиса
  - д) инсулинорезистентности
- 144. Показанием для установления I группы инвалидности больному диабетом является**
- а) тяжелая форма заболевания при наличии выраженных проявлений микроангиопатии (ретинопатия III стадии, нефропатия III стадии, нейропатия с нарушением опорно-двигательного аппарата) и нуждающихся в постоянном уходе
  - б) наличие диабетической ретинопатии II степени
  - в) наличие диабетической нефропатии II степени
  - г) склонность к развитию диабетических коматозных состояний
  - д) лабильное течение заболевания
- 145. Множественные доброкачественные инсулиномы чаще всего выявляются при синдроме Вернера, характеризуются аденоматозом или аденомой всех перечисленных желез, кроме**
- а) щитовидной железы
  - б) околощитовидных желез
  - в) гипофиза
  - г) поджелудочной железы
  - д) ганглионевромы
- 146. Множественный эндокринный аденоматоз (МЭА) II (синдром Сиппла) характеризуется наличием всего перечисленного, кроме**
- а) медулярного рака щитовидной железы
  - б) аденомы околощитовидных желез
  - в) феохромоцитомы
  - г) аденомы поджелудочной железы
- 147. Синдром множественного эндокринного аденоматоза (МЭА) III характеризуется наличием всего перечисленного, кроме**
- а) медулярного рака щитовидной железы
  - б) ганглионевромы
  - в) аденомы гипофиза
- 148. При инсулиноме отмечается все перечисленное, кроме**
- а) повышенной секреции инсулина
  - б) повышения выброса катехоламинов
  - в) торможения распада гликогена в печени и мышцах
  - г) отсутствия угнетения секреции инсулина в ответ на гипогликемию
  - д) угнетения секреции инсулина в ответ на развивающуюся гипогликемию



- 149. В отличие от инсулиномы при внепанкреатических гипогликемиях отмечают все перечисленное, кроме**
- а) сохранения сознания во время приступа
  - б) самостоятельного купирования приступов
  - в) пища, богатая углеводами, приводит к учащению приступов
  - г) пища, богатая белками, приводит к учащению приступов
  - д) отсутствия обычно невропатических расстройств
- 150. 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 голоданием приступ не развивается и гликемия не ниже 2.8 ммоль/л
  - г) содержания сахара в крови во время приступа гипогликемии не ниже 2.8 ммоль/л
  - д) при пробе с соматостатином секреция инсулина остается повышенной
- 151. 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 50 мг% (2.8 ммоль/л)
- 152. Дифференциальную диагностику гипогликемической болезни следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме**
- а) эпилепсии
  - б) тетании
  - в) психоза
  - г) миопатии
  - д) истерии, неврастении
- 153. При инсулиномах проводят лечение**
- а) за 2 недели до операции назначают белковую диету
  - б) ограничивают углеводы
  - в) во время операции вводят внутривенно 40-60 мл 40% раствора глюкозы
  - г) не ограничивают углеводы
- 154. Неоперабельным больным с инсулиномой проводят терапию всем перечисленным, кроме**
- а) диазоксида
  - б) стрептозотоцина
  - в) 5-фторурацила
  - г) белковой диетотерапии с ограниченным приемом углеводов
  - д) физиологической диетотерапии
- 155. Профилактические мероприятия относительно гиперинсулинизма заключаются во всем перечисленном, кроме**
- а) лечения основного заболевания
  - б) строгого диетрежима с частым употреблением белковой пищи и ограничением углеводов
  - в) противопоказания курения, алкоголя, крепкого чая, кофе
  - г) противопоказания недозированных физических упражнений
  - д) назначения физиологической диеты
- 156. При легкой форме гипогликемической болезни рекомендуют все перечисленное, кроме**
- а) больные трудоспособны
  - б) не должны работать в условиях, опасных для жизни (водители транспорта, "высот-

ники" и т.д.)

в) противопоказаны командировки

г) больные нетрудоспособны (должны быть направлены во ВТЭК для установления группы инвалидности)

**157. Патогенез гипогликемии при диффузной гиперплазии б-клеток обусловлен всем перечисленным, кроме**

а) повышенной секреции инсулина

б) повышения выброса катехоламинов в ответ на гипогликемию

в) повышения фиксации гликогена в печени

г) снижения окислительных процессов и нарушения всех видов обмена веществ в головном мозге

д) повышения чувствительности организма к нормально выделяемому б-клетками инсулину

**158. Патогенез гипогликемии при синдроме Золлингера - Эллисона обусловлен всем перечисленным, кроме**

а) гиперсекреции гастрина

б) избыточной секреции желудочного сока

в) высокой кислотности желудочного сока

г) гипосекреции гастрина

**159. Реактивная гипогликемия обусловлена всем перечисленным, кроме**

а) ускорения абсорбции глюкозы из желудочно-кишечного тракта

б) неконтролируемой секреции инсулина

в) стимулирующей секреции инсулина желудочно-кишечными гормонами (секретин, желудочный ингибиторный полипептид и др.)

г) стимулирующего панкреатического глюкагона

**160. Гипогликемии натошак часто встречаются при всех приведенных заболеваниях, кроме**

а) болезни Аддисона

б) гипотиреоза

в) гипоталамо-гипофизарной недостаточности

г) адреногенитального синдрома

д) акромегалии

**161. Гликогеноз I типа сопровождается всем перечисленным, кроме**

а) недостаточности глюкозы-6-фосфатазы

б) гипогликемии

в) низкого уровня сахара крови натошак

г) гепатомегалии

д) нормального содержания лактата и пирувата в крови

**162. Развитие гипогликемии при наличии внепанкреатических опухолей (саркомы, фибросаркомы, фибромы) обусловлено всем перечисленным, кроме**

а) повышенной утилизации глюкозы опухолями

б) секреции опухолями инсулиноподобных веществ

в) секреции опухолями соматомединов

г) снижения высвобождения гликогена

д) повышения высвобождения глюкагона

**163. Патологически инсулинома характеризуется всем перечисленным, кроме**

а) выраженного гиперпластического процесса в ацинозной ткани и в панкреатических островках всей поджелудочной железы

б) расположения опухоли с одинаковой частотой в головке, хвосте и теле поджелудочной железы

в) опухоли чаще бывают доброкачественными, одиночными

г) метастазирования чаще всего в печень

- д) размеров опухоли чаще более 15 см
- 164. Для гипогликемической болезни характерно все перечисленное, кроме**
- а) возникновения приступов спонтанной гипогликемии натощак
  - б) возникновения приступов гипогликемии после мышечной работы
  - в) развития приступов гипогликемии через 30 минут после еды
  - г) купирования приступов введением сахара или глюкозы
  - д) содержания сахара в крови во время приступа ниже 50 мг% (2.8 ммоль/л)
- 165. Клиника инсулином в межприступном периоде характеризуется всем приведенным, кроме**
- а) жалоб больных на снижение памяти, умственной способности, апатии
  - б) мышечных болей
  - в) присоединения проявлений гипогонадизма
  - г) нервно-психических нарушений
  - д) отсутствия патологических нервно-психических нарушений
- 166. При исследовании крови натощак при инсулиноме часто выявляют все перечисленное, кроме**
- а) повышения уровня иммунореактивного инсулина
  - б) повышения уровня проинсулина
  - в) снижения уровня С-пептида
  - г) повышения уровня С-пептида
  - д) снижения уровня гликемии ниже 2.8 ммоль/л
- 167. Для диагностики гиперинсулинизма используют все приведенные функциональные пробы, кроме**
- а) пробы с голоданием
  - б) пробы с назначением белковой диеты
  - в) пробы с растиноном (толбутамидом)
  - г) пробы с глюкагоном
  - д) теста с реджитином
- 168. Для диагностики инсулиномы используют**
- а) пробу с соматостатином
  - б) пробу с лейцином
  - в) индекс инсулин/глюкоза
  - г) висцеральную ангиографию и компьютерную томографию
  - д) УЗИ поджелудочной железы
- 169. Этиологическими факторами глюкагономы являются все перечисленные, кроме**
- а) доброкачественных опухолей  $\alpha$ -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы
  - б) злокачественных опухолей  $\alpha$ -клеток островков Лангерганса
  - в) опухоли желудка, продуцирующей глюкагон
  - г) опухолей тонкого и толстого кишечника, продуцирующих глюкагон
  - д) опухоли яичников
- 170. Патогенез сахарного диабета и клинических признаков при глюкагономе обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) увеличения уровня глюкагона в крови
  - б) уменьшения уровня инсулина в крови
  - в) повышения гликогенолиза
  - г) увеличения глюконеогенеза
  - д) увеличения запасов гликогена в печени
- 171. Гиперглюкагонемия может отличаться при всем перечисленном, кроме**
- а) приема аминокислот
  - б) длительного голодания
  - в) инсулиновой недостаточности

- г) введения а-дофа
  - д) гипергликемии
- 172. Усиливают функцию глюкагона все перечисленные желудочно-кишечные гормоны, кроме**
- а) гастрин
  - б) панкреазиминахолецистокинина
  - в) вазоактивного кишечного полипептида
  - г) секретина
  - д) вещества Р
- 173. Глюкагонома клинически характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) снижения массы тела
  - б) наличия сахарного диабета II типа
  - в) анемии
  - г) некротической мигрирующей эритемы
  - д) повышения массы тела
- 174. Для глюкагономии характерно все перечисленное, кроме**
- а) увеличения СОЭ
  - б) снижения аминокислот в крови
  - в) увеличения уровня глюкагона в крови
  - г) отсутствия метастазирования в печень
  - д) увеличения панкреатического полипептида в крови
- 175. Для диагностики глюкагономы используют все перечисленные методы, кроме**
- а) определения уровня глюкагона в крови
  - б) ультразвукового исследования поджелудочной железы и печени
  - в) компьютерного исследования
  - г) определения уровня соматостатина
- 176. Соматостатиному можно обнаружить во всех перечисленных органах, кроме**
- а) поджелудочной железы
  - б) слизистой оболочки антрального отдела желудка
  - в) кишечника
  - г) яичников
- 177. Множественная эндокринная неоплазия (МЭН-I) проявляется аденоматозом или аденомой всех следующих эндокринных желез, кроме**
- а) щитовидной
  - б) околощитовидной
  - в) поджелудочной
  - г) гипофиза
  - д) яичников
- 178. Патогенез сахарного диабета и его клинических признаков при соматостатиноме обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) угнетения секреции инсулина
  - б) угнетения секреции глюкагона
  - в) угнетения секреции СТГ
  - г) угнетения антидиуретического гормона
- 179. Соматостатин в поджелудочной железе вырабатывается**
- а) в а-клетках
  - б) в b-клетках
  - в) в d-клетках
  - г) в F-клетках
- 180. Особенности клинического проявления сахарного диабета при соматостатиноме является все перечисленное, кроме**
- а) умеренно выраженной симптоматики диабета

- б) отсутствия кетоза
- в) стеатореи
- г) наличия гипогликемий

**181. Диагностика соматостатиномы базируется на определении всего приведенного, кроме**

- а) снижения уровня глюкагона в сыворотке крови
- б) снижения уровня инсулина в сыворотке крови
- в) наличия умеренно выраженного диабета
- г) повышения уровня инсулина в крови

**182. Инсулинорезистентность может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме**

- а) ожирения
- б) акромегалии
- в) гипотиреоза
- г) синдрома Иценко - Кушинга
- д) диффузно-токсического зоба

**183. К гормональным антагонистам инсулина относятся все перечисленные гормоны, кроме**

- а) гормона роста
- б) антидиуретического гормона
- в) пролактина
- г) адренкортикотропного гормона
- д) адреналина

**184. Инсулинорезистентность может быть обусловлена всем перечисленным, кроме**

- а) образования антител к инсулину
- б) повышения уровня свободных жирных кислот
- в) наличия фактора Филда
- г) кетоацидоза
- д) двусторонней адренэктомии

**185. Инсулинорезистентность развивается в результате всего перечисленного, кроме**

- а) снижения тканевой чувствительности к инсулину
- б) повышения количества и аффинности рецепторов к инсулину
- в) появления антител к рецепторам или инсулину
- г) разрушения инсулина протеолитическими ферментами
- д) связывания иммунными комплексами инсулина

**186. Инсулинорезистентность проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) компенсации сахарного диабета, достигнутой лишь введением больших доз (более 80 ед/сутки)
- б) кетоацидоза
- в) увеличения антител, относящихся к g-глобулинам
- д) повышения уровня свободных жирных кислот в крови

**187. При инсулинорезистентных формах сахарного диабета проводится лечение всем перечисленным, кроме**

- а) перевода больного на другой вид инсулина
- б) комбинированной терапии инсулином и сульфаниламидными препаратами
- в) комбинированной терапии инсулином и бигуанидами
- г) подключения глюкокортикоидных препаратов
- д) дальнейшего увеличения суммарной дозы инсулина

**188. Этиологическими факторами гипергликемической комы являются все перечисленные, кроме**

- а) прекращения или уменьшения дозы вводимого инсулина
- б) присоединения инфекций и других заболеваний

- в) хирургического вмешательства
  - г) передозировки инсулина
  - д) стрессовых ситуаций
- 189. В патогенезе гипергликемической гиперкетонемической комы играют роль все следующие гормоны, кроме**
- а) глюкагона
  - б) инсулина
  - в) пролактина
  - г) адренокортикотропного гормона (АКТГ)
  - д) соматотропного гормона (СТГ)
- 190. Развитие гиперкетонемической комы обусловлено всем перечисленным, кроме**
- а) дефицита инсулина
  - б) избыточной секреции глюкагона
  - в) увеличения секреции катехоламинов
  - г) снижения секреции АКТГ
  - д) увеличения секреции СТГ
- 191. Для диабетического кетоацидоза характерно все перечисленное, кроме**
- а) распада гликогена
  - б) образования углеводов из белков
  - в) повышения распада жиров
  - г) развития жировой инфильтрации печени
  - д) снижения распада жиров
- 192. Клиническими проявлениями диабетической прекомы являются все перечисленные, кроме**
- а) резкой слабости, вялости, сонливости
  - б) потери аппетита, тошноты, рвоты
  - в) желудочно-кишечных болей
  - г) повышения аппетита
  - д) полидипсии, полиурии
- 193. Гипергликемическая диабетическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) полной потери сознания
  - б) дыхания Куссмауля
  - в) повышения артериального давления
  - г) запаха ацетона в выдыхаемом воздухе
  - д) дегидратации
- 194. Гипергликемическая диабетическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) влажности кожи
  - б) бледности кожных покровов
  - в) снижения тургора кожи
  - г) снижения тонуса мышц
  - д) арефлексии
- 195. Для диабетической комы характерно все перечисленное, кроме**
- а) увеличения в крови уровня кетонных тел
  - б) уменьшения протеинемии
  - в) понижения рН крови
  - г) пируватемии
  - д) лактацидемии
- 196. Различают все следующие варианты клинического течения кетоацидотической комы, кроме**
- а) абдоминальной формы

- б) миопатической формы
- в) коллаптоидной формы
- г) почечной формы
- д) энцефалопатической формы

**197. Кетоацидотическая кома отличается от гиперосмолярной на основании определения всего перечисленного, за исключением**

- а) запаха ацетона в выдыхаемом воздухе
- б) наличия неврологической симптоматики
- в) гликемии
- г) характера дыхания
- д) кетоновых тел

**198. О наличии гиперлактацидемической комы свидетельствует все перечисленное, кроме**

- а) наличия кетоза
- б) отсутствия запаха ацетона в выдыхаемом воздухе
- в) отсутствия кетоза
- г) повышения содержания молочной кислоты
- д) высокой гипергликемии

**199. О наличии гипогликемической комы свидетельствует все перечисленное, кроме**

- а) низкого уровня сахара в крови
- б) быстрого развития комы
- в) нормального или повышенного кровяного давления
- г) ровного дыхания
- д) редкого пульса

**200. В отличие от кетоацидотической комы при апоплексической коме отмечается все перечисленное, кроме**

- а) наличия тахикардии
- б) стридорозного дыхания
- в) гемипареза
- г) отсутствия симптомов обезвоживания
- д) отсутствия запаха ацетона в выдыхаемом воздухе

**201. Основными профилактическими мероприятиями в отношении предотвращения развития диабетической комы являются все перечисленные, кроме**

- а) компенсации углеводного, жирового, водно-солевого обмена при сахарном диабете
- б) правильного режима дозирования вводимого инсулина
- в) своевременной диагностики и лечения возникающих сопутствующих заболеваний
- г) соблюдения диетического режима
- д) при наличии высокой гипергликемии (выше 400 мг%) увеличения физических упражнений

**202. Лечебные мероприятия при диабетической коме включают все перечисленное, кроме**

- а) немедленной госпитализации и интенсивной инсулинотерапии
- б) устранения нарушений углеводного и липидного обмена
- в) борьбы с дегидратацией
- г) прежнего режима введения инсулина и его дозы
- д) борьбы с сердечно-сосудистой недостаточностью

**203. При введении больших доз инсулина при диабетической коме может возникнуть все перечисленное, кроме**

- а) гипогликемического состояния
- б) отека мозга
- в) гипокалиемии
- г) гиперкалиемии

- д) гиперосмолярности
- 204. При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию назначают с внутривенным введением**
- а) изотонического раствора хлорида натрия
  - б) 5% раствора глюкозы
  - в) гипотонического (0.45%) раствора хлорида натрия
  - г) реополиглюкина
  - д) гемодеза
- 205. Начальная доза внутривенного введения инсулина короткого действия в час лечения при диабетической коме на 1 кг массы тела составляет**
- а) 100 ед/час
  - б) 50 ед/час
  - в) 25 ед/час
  - г) 2-4 ед/час
  - д) 0.1-0.2 ед/час
- 206. Вводить физиологический раствор, чтобы ввести 1 литр за 2 часа, следует со скоростью**
- а) 160 капель/мин
  - б) 100 капель/мин
  - в) 80 капель/мин
  - г) 40 капель/мин
  - д) 20 капель/мин
- 207. В первые сутки лечения диабетической комы при отсутствии сердечно-сосудистой патологии следует вводить жидкость в общем объеме, равном**
- а) 5% массы тела
  - б) 4-6 л
  - в) 2 л
  - г) 1 л
  - д) 50 мл/кг массы тела
- 208. В первые 6 часов выведения больного из диабетической комы обычно вводят жидкости в количестве**
- а) 50% суточного объема
  - б) 30% суточного объема
  - в) 25% суточного объема
  - г) 10% суточного объема
  - д) 5% суточного объема
- 209. Изменения на ЭКГ для гипокалиемии при диабетической коме характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) удлинения интервала P-Q
  - б) снижения сегмента S-T
  - в) расширения и уплощения зубца T
  - г) укорочения интервала P-Q
  - д) патологического зубца U
- 210. Неконтролируемое капельное внутривенное введение изотонического 2.5% раствора натрия бикарбоната для борьбы с ацидозом при диабетической коме может обусловить все следующие осложнения, кроме**
- а) отека мозга
  - б) гипокалиемии
  - в) уменьшения pH спинномозговой жидкости
  - г) нарушения диссоциации оксигемоглобина
  - д) гиперкалиемии
- 211. Этиологическими факторами развития гиперлактацемической комы у боль-**



- ных диабетом являются все перечисленные, кроме**
- а) лечения сульфаниламидами
  - б) лечения бигуанидами
  - в) инфаркта миокарда
  - г) гипоксии, обусловленной анемией, шоком, кровотечением
  - д) сердечной и дыхательной недостаточности
- 212. Умеренный молочнокислый ацидоз может наблюдаться у практически здоровых людей при всех перечисленных состояниях, кроме**
- а) физической нагрузки
  - б) введения пирувата и бикарбоната
  - в) длительного покоя
  - г) введения глюкозы
  - д) введения инсулина или адреналина
- 213. Значительное увеличение молочной кислоты с увеличением соотношения лактат/пируват может наблюдаться во всех перечисленных случаях, кроме**
- а) лечения сульфаниламидами
  - б) у больных сахарным диабетом
  - в) у больных с тканевой гипоксией
  - г) лечения фенформинном
  - д) голодания
- 214. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется всем перечисленным, кроме**
- а) тошноты, рвоты
  - б) выраженной артериальной гипотензии
  - в) олигурии вплоть до анурии
  - г) повышения температуры тела
  - д) дыхания Куссмауля, одышки
- 215. Для гиперлактацидемической комы не характерно**
- а) повышение в крови молочной кислоты
  - б) снижение уровня бикарбонатов, резервной щелочности и рН крови
  - в) отсутствие гиперкетонемии и кетонурии
  - г) повышение коэффициента лактат/пируват
  - д) высокая гипергликемия и глюкозурия
- 216. Гиперлактацидемическую кому следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме**
- а) почечной недостаточности
  - б) печеночной недостаточности
  - в) язвенной болезни
  - г) фармакогенного гиперлактацидоза
  - д) тяжелых инфекций
- 217. Профилактические мероприятия с целью предупреждения развития гиперлактацидемической комы включают контроль за уровнем молочной кислоты и бикарбонатов в крови у больных диабетом во всех приведенных случаях, кроме**
- а) больных с заболеваниями кишечника
  - б) лиц пожилого и старческого возраста
  - в) больных, получающих бигуаниды
  - г) больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы
  - д) больных с заболеваниями печени и почек
- 218. Течение гиперлактацидемической комы включает все перечисленное, кроме**
- а) внутривенного введения 2-5% раствора бикарбоната под контролем рН крови и уровня калия в крови
  - б) введения больших доз инсулина

- в) внутривенного введения 1% раствора метиленового синего
  - г) оксигенотерапии
  - д) введения сердечных, сосудорасширяющих средств
- 219. Развитию гиперосмолярной комы способствует все перечисленное, кроме**
- а) недостаточной компенсации сахарного диабета
  - б) интеркуррентных заболеваний
  - в) длительного лечения мочегонными и стероидными препаратами
  - г) состояния, сопровождающегося дегидратацией (рвота, понос, ожоги)
  - д) избыточного введения жиров
- 220. Патогенез симптомов гиперосмолярной комы обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) абсолютного или относительного дефицита инсулина
  - б) гипонатриемии
  - в) активации процесса гликолиза и глюкогенеза в печени
  - г) гипернатриемии
  - д) клеточной дегидратации
- 221. Клиническая симптоматика гиперосмолярной комы проявляется всем перечисленным, кроме**
- а) гипертензии
  - б) признаков дегидратации
  - в) различных неврологических нарушений
  - г) нарушений функций сердечно-сосудистой системы
  - д) одышки
- 222. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются**
- а) высокая гипергликемия
  - б) повышение осмолярности крови
  - в) гипонатриемия
  - г) гиперхлоремия
  - д) отсутствие повышения уровня мочевины
- 223. 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
- 224. 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
- 225. 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
- 226. 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)
- 227. 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
- 228. 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
- 229. 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
- 230. 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
- 231. 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
- 232. 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
- 233. 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

- 234. 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
- 235. 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
- 236. 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
- 237. 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
- 238. Соматостатин в поджелудочной железе вырабатывается**
- а) в а-клетках
  - б) в б-клетках
  - в) в d-клетках
  - г) в F-клетках
- 239. Особенности клинического проявления сахарного диабета при соматостатиноме является все перечисленное, кроме**
- а) отсутствия кетоза
  - б) наличия гипогликемии
  - в) умеренно выраженной симптоматики диабета
  - г) стеатореи
  - д) отсутствия ацетонурии
- 240. Диагностика соматостатиномы базируется на определении всего перечисленного, кроме**
- а) снижения уровня глюкагона в сыворотке крови
  - б) снижения уровня инсулина в сыворотке крови
  - в) повышения уровня инсулина в крови
  - г) наличия умеренно выраженного диабета
  - д) отсутствия кетоза

## Тестовые задания по разделу «Метаболический синдром»

1. **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
2. **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
3. **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
4. **Синдром Альстрема характеризуется всем перечисленным, кроме**
  - а) ожирения
  - б) пигментной дегенерации сетчатки
  - в) нейросенсорной глухоты
  - г) несахарного диабета
  - д) сахарного диабета
5. **Синдром Лоренса - Муна - Барде - Бидля характеризуется всем перечисленным, кроме**
  - а) ожирения
  - б) гипогонадизма
  - в) умственной отсталости
  - г) пигментной дегенерации сетчатки
  - д) отсутствия пороков развития внутренних органов
6. **Степень риска развития ожирения у потомства, если оба родителя страдают ожирением, составляет**
  - а) 30-40%
  - б) 50-60%
  - в) 70-80%
  - г) 80-90%
  - д) 100%
7. **В развитии ожирения имеют значение все перечисленные алиментарные факторы, кроме**
  - а) переедания
  - б) питания в основном во второй половине суток
  - в) избыточного употребления легкоусвояемых углеводов
  - г) избыточного употребления клетчатки
  - д) избыточного употребления животных жиров

- 8. Ожирение может развиваться при всех перечисленных поражениях ЦНС и гипоталамуса, кроме**
- а) разрушения вентромедиального ядра гипоталамуса опухолью
  - б) разрушения вентролатерального ядра гипоталамуса опухолью
  - в) нейроинфекции
  - г) черепно-мозговой травмы
  - д) метастаз злокачественных опухолей в гипоталамус
- 9. Ожирение развивается при всех перечисленных эндокринных заболеваниях, кроме**
- а) адипозогенитальной дистрофии
  - б) гипотиреоза
  - в) болезни Иценко - Кушинга
  - г) гипокортицизма
  - д) гипогонадизма
- 10. Ожирение является результатом всего перечисленного, кроме**
- а) переизбытка (избытка поступления энергии в организм)
  - б) снижения энергетических расходов (снижения двигательной активности)
  - в) изменения обменных процессов
  - г) снижения липолиза
  - д) частого низкокалорийного питания
- 11. Развитию ожирения способствует все перечисленное, кроме**
- а) приема легкоусвояемых углеводов
  - б) употребления высококалорийной пищи
  - в) употребления животных жиров
  - г) редкого питания в основном во второй половине дня
  - д) многократного (5-6 раз в день) малокалорийного питания
- 12. Для ожирения характерны все следующие гормональные нарушения, кроме**
- а) гиперинсулинизма
  - б) гипоинсулинизма
  - в) гипопролактинемии
  - г) снижения секреции СТГ
  - д) гиперкортицизма
- 13. Для ожирения характерны все перечисленные метаболические нарушения, кроме**
- а) повышенного уровня холестерина и триглицеридов
  - б) повышения липопротеидов высокой плотности
  - в) внутриклеточной дегидратации
  - г) вторичного альдостеронизма
  - д) нарушения толерантности к углеводам
- 14. Морфологические изменения при алиментарно-конституциональном ожирении включают все перечисленное, кроме**
- а) перераспределения подкожно-жировой клетчатки по вирильному типу у женщин
  - б) отложения жира в коже, подкожной клетчатке, брыжейке, сальнике
  - в) жировой инфильтрации печени
  - г) отложения жира в эпикарде, миокарде
  - д) отложения жира в поджелудочной железе
- 15. Больные с ожирением (без острых инфекций) предъявляют все перечисленные жалобы, кроме**
- а) прибавки массы тела
  - б) одышки
  - в) боли в области сердца
  - г) повышенного аппетита

- д) повышенной температуры
- 16. Со стороны сердечно-сосудистой системы при ожирении отмечается все перечисленное, кроме**
- а) склонности к брадикардии
  - б) расширения границ сердца
  - в) общего атеросклероза, атеросклероза венечных артерий
  - г) развития ИБС
  - д) гиперпигментации кожи
- 17. Со стороны желудочно-кишечного тракта у большинства больных при ожирении отмечается все перечисленное, кроме**
- а) гастроптоза
  - б) гастрита
  - в) диареи
  - г) острого и хронического панкреатита
  - д) желчнокаменной болезни
- 18. Со стороны гепато-билиарной системы у большинства больных при ожирении III степени отмечается все перечисленное, кроме**
- а) жировой инфильтрации печени
  - б) застойных явлений в печени
  - в) холецистита
  - г) холангита
  - д) нормальных размеров печени
- 19. Нарушения функции мочевыделительной системы при ожирении III степени проявляются всем перечисленным, кроме**
- а) отеков
  - б) низкой оптической плотности мочи (удельный вес)
  - в) высокой оптической плотности мочи
  - г) полиурии
  - д) повышения альдостерона (вторичного альдостеронизма)
- 20. Изменения нервной системы при ожирении проявляются всем перечисленным, кроме**
- а) сонливости
  - б) головной боли
  - в) ослабления памяти
  - г) нарушения мозгового кровообращения
  - д) повышенной возбудимости
- 21. Изменения эндокринной системы при ожирении проявляются всем перечисленным, кроме**
- а) нарушения углеводного обмена вплоть до развития сахарного диабета
  - б) нарушения менструального цикла
  - в) бесплодия
  - г) преимущественного развития инсулинозависимого типа сахарного диабета
  - д) повышенной частоты гибели плода в различные сроки беременности
- 22. При ожирении со стороны иммунной системы выявляют все перечисленное, кроме**
- а) уменьшения количества Т-лимфоцитов
  - б) снижения функциональной активности Т-лимфоцитов
  - в) депрессии фагоцитоза
  - г) увеличения функциональной активности Т-лимфоцитов
  - д) склонности к частым бактериальным осложнениям
- 23. На фоне конституционально-экзогенного ожирения в пубертате может развиваться гипоталамический синдром, характеризующийся всем перечисленным, кроме**

- а) ожирения
  - б) стрий
  - в) лабильности артериального давления
  - г) отсутствия перераспределения жира по вирильному типу
  - д) увеличенных размеров надпочечников
- 24. Гипоталамо-гипофизарное ожирение характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) быстрого чрезмерного нарастания в течение нескольких месяцев массы тела
  - б) булимии
  - в) полидипсии
  - г) симптомов органического поражения ЦНС
  - д) медленного нарастания массы тела
- 25. Адипозогенитальная дистрофия характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) отложения жира по женскому типу у мальчиков
  - б) гинекомастии
  - в) отсутствия вторичных половых признаков
  - г) резкой прибавки массы тела
  - д) медленного нарастания массы тела
- 26. Синдром Прадера - Вилли характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) ожирения
  - б) гипогонадизма
  - в) мышечной гипотензии
  - г) отсутствия аппетита
  - д) умственной отсталости
- 27. Синдром Морганьи - Стюарта - Мореля характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) прогрессирующей прибавки массы тела
  - б) утолщения внутренней пластинки лобной кости
  - в) гипотензии
  - г) нарушения менструального цикла
  - д) сильных головных болей
- 28. Синдром Лоренса - Муна - Барде - Бидля характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) ожирения
  - б) гипогонадизма
  - в) умственной отсталости
  - г) полидипсии
  - д) нормального зрения
- 29. Синдром Альстрема характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) сахарного диабета I типа
  - б) ожирения
  - в) сахарного диабета II типа
  - г) нефропатии
  - д) пигментной дегенерации сетчатки
- 30. Ожирение является фактором риска развития всех перечисленных заболеваний, кроме**
- а) сахарного диабета
  - б) ишемической болезни сердца
  - в) гипертонической болезни
  - г) гипотонической болезни
  - д) желчнокаменной болезни



- 31. Для II степени ожирения характерен избыток массы тела, превышающий "идеальную" массу для данного человека**
- а) на 10-29%
  - б) на 30-40%
  - в) на 50-70%
  - г) на 70-99%
  - д) на 100% и более
- 32. Электрокардиографические исследования у большинства больных с ожирением III степени выявляют все следующие изменения, кроме**
- а) понижения зубца Т
  - б) удлинения интервала Q-T
  - в) понижения сегмента S-T
  - г) повышения зубца R в отведениях V<sub>5</sub> и V<sub>6</sub>
  - д) увеличения зубца Т
- 33. При энцефалографическом обследовании больных гипоталамическим ожирением выявляют все перечисленное, кроме**
- а) дезорганизации а-ритма
  - б) появления b-активности
  - в) появления d-активности
  - г) регистрации t-активности
  - д) отсутствия патологических сдвигов на ЭЭГ
- 34. При рентгенологическом обследовании церебральной формы ожирения могут быть установлены все перечисленные изменения, кроме**
- а) усиления сосудистого рисунка на рентгенограммах черепа
  - б) "пальцевых вдавлений", косвенно свидетельствующих о повышении внутричерепного давления
  - в) расширения входа в турецкое седло
  - г) отсутствия рентгенологических изменений черепа
  - д) локального обызвествления твердой мозговой оболочки
- 35. Липидограмма при ожирении III степени характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) гиперхолестеринемии
  - б) гипертриглицеридемии
  - в) увеличения уровня НЭЖК
  - г) увеличения уровня b-липопротеидов
  - д) гипохолестеринемии
- 36. Стандартный глюкозотолерантный тест выявляет у больных ожирением молодого возраста нарушение толерантности к глюкозе**
- а) в 10% случаев
  - б) в 20% случаев
  - в) в 30% случаев
  - г) в 30-40% случаев
  - д) более, чем в 40% случаев
- 37. При алиментарном ожирении выявляются все следующие нарушения гормонального статуса, кроме**
- а) гиперинсулинизма
  - б) снижения секреции и освобождения СТГ
  - в) повышения продукции глюкокортикоидов
  - г) повышения продукции половых гормонов
  - д) повышения продукции альдостерона

- 38. Синдром Альстрема характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) ожирения
  - б) сахарного диабета
  - в) снижения зрения
  - г) снижения уровня гонадотропинов в моче
  - д) глухоты
- 39. Болезнь Иценко - Кушинга характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) избирательного отложения жира на лице, шее, животе в сочетании с относительно тонкими конечностями
  - б) багровых стрий
  - в) остеопороза
  - г) гиперплазии надпочечников
  - д) равномерного отложения жира на туловище
- 40. Для гипотиреоидного ожирения характерно все перечисленное, кроме**
- а) равномерного отложения жира
  - б) сонливости
  - в) сухости и пастозности кожи
  - г) брадикардии
  - д) покраснения лица (матронизма)
- 41. Для синдрома гиперпролактинемического гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме**
- а) равномерного отложения жира
  - б) галактореи
  - в) аменореи
  - г) повышенного уровня пролактина
  - д) увеличенного уровня гонадотропинов
- 42. Гипоталамические формы ожирения характеризуются всем перечисленным, кроме**
- а) бурного нарастания ожирения за короткий срок
  - б) отложения жира по женскому типу
  - в) неврологической симптоматики
  - г) сахарного диабета I типа
  - д) булемии, полидипсии
- 43. Синдром Пиквика характеризуется всем перечисленным, кроме**
- а) значительно выраженного ожирения
  - б) сонливости
  - в) булимии
  - г) гиповентиляции
  - д) ЭПИ приступов (повышенной судорожной активности на ЭЭГ)
- 44. Диетотерапия ожирения предусматривает все перечисленное, кроме**
- а) ограничения быстровсасываемых углеводов
  - б) включения растительных жиров
  - в) многократного 5-6-разового питания
  - г) питания 2-3 раза в сутки
  - д) малокалорийного, но значительного по объему питания
- 45. Диета больных ожирением включает все перечисленное, кроме**
- а) уменьшения количества углеводов для снижения калорийности пищи
  - б) достаточного содержания белков для предупреждения белкового голодания и понижения чувства голода
  - в) сниженного содержания белков
  - г) жиров преимущественно растительного происхождения
  - д) витаминов и микроэлементов в пределах физиологических норм

- 46. Больным ожирением рекомендуется все перечисленное, кроме**
- а) ограничения калорийности до 1200 ккал в сутки
  - б) проведения 1-2 раза в неделю разгрузочных дней (600-700 ккал/сутки) с 5-6-кратным приемом пищи
  - в) проведения разгрузочных дней с 2-кратным приемом пищи
  - г) ограничения приема жидкости до 1 литра в сутки
  - д) приема алкоголя
- 47. Анорексигенные препараты (фепранон, мефолин, дезопимон) оказывают все перечисленные действия, кроме**
- а) подавления возбудимости пищевого центра в гипоталамической области
  - б) возбуждения ЦНС
  - в) повышения кровяного давления
  - г) чувства сухости во рту
  - д) снижения кровяного давления
- 48. Анорексигенные препараты: теронак (мазиндол) и пондерал оказывают все перечисленные действия, кроме**
- а) подавления возбудимости пищевого центра гипоталамуса
  - б) изменения концентрации норэпинефрина в гипоталамусе
  - в) усиления липолиза
  - г) увеличения уровня ИРИ в плазме крови
  - д) повышения кровяного давления
- 49. Эффект лечения ожирения бигуанидами обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) усиления проницаемости клеточных мембран для глюкозы
  - б) усиления анаэробного гликолиза
  - в) антилипидного и фибринолитического действия
  - г) анорексигенного действия
  - д) увеличения связи инсулина с белками
- 50. Физические упражнения при ожирении I-II степени способствуют всему перечисленному, кроме**
- а) повышения возможности организма утилизировать глюкозу, снижения массы тела
  - б) снятия резистентности к эндогенному инсулину
  - в) уменьшения липидемии
  - г) снижения кровяного давления
  - д) повышения риска возникновения сердечных осложнений
- 51. Гидротерапия при ожирении способствует всему перечисленному, кроме**
- а) редукции массы тела
  - б) снижения гиперлипидемии
  - в) улучшения водного баланса организма
  - г) улучшения состояния сердечно-сосудистой системы
  - д) увеличения внеклеточной и снижения внутриклеточной воды
- 52. Выключение или удаление части тонкого кишечника при ожирении обуславливает все перечисленное, кроме**
- а) уменьшения абсорбции питательных веществ из желудочно-кишечного тракта
  - б) усиления пассажа пищи по кишечнику
  - в) изменения секреции желудочно-кишечных гормонов
  - г) инвалидизации больных
  - д) физиологического эффекта терапии
- 53. Санаторно-курортное лечение при ожирении включает все перечисленное, кроме**
- а) строгого рационального диетрежима
  - б) дозированной физической нагрузки
  - в) лечения психотропными препаратами
  - г) физиотерапевтических лечебных процедур

- д) врачебного контроля
- 54. Профилактические мероприятия по предупреждению развития ожирения проводятся во всех следующих "группах риска", кроме**
- лиц с наследственной предрасположенностью к ожирению
  - лиц старше 40 лет
  - лиц, профессия которых не предполагает физической активности
  - лиц, которые в связи с заболеванием ограничены в движениях
  - больных с онкологическими заболеваниями
- 55. Основной причиной летального исхода у больных ожирением III степени является все перечисленное, кроме**
- инфаркта миокарда
  - инсульта
  - пневмонии
  - ДВС-синдрома
  - гипотиреоза
- 56. Ожирение способствует развитию всех следующих заболеваний, кроме**
- гипертонической болезни
  - ишемической болезни сердца
  - желчнокаменной болезни
  - ишемической болезни мозга
  - гипотонической болезни
- 57. Для ожирения III степени характерно наличие избытка массы тела в пределах**
- до 10%
  - до 20%
  - до 50%
  - до 100%
  - 100% и более

**Примерные темы рефератов:**

- Интерпретация различных вариантов теста толерантности к глюкозе.
- Симптоматическая артериальная гипертензия при ожирении, сахарном диабете.
- Дифференциальный диагноз синдрома жажды.
- Синдром гипогликемии.
- Особенности лечения сахарного диабета в пожилом возрасте.
- Метаболический синдром.
- Синдром ожирения при эндокринной патологии.
- Беременность и сахарный диабет.
- Бигуаниды в лечении сахарного диабета 2 типа.
- Факторы риска развития сахарного диабета и их профилактика.

**Критерии текущего контроля знаний**

**Критерии оценки защиты реферата**

Оценка	Описание
«Отлично»	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 оценивания тестирования

Оценка	Описание
<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

## 6.2. Оценочные средства для промежуточного контроля успеваемости

**Промежуточный контроль знаний** по дисциплине «Диабетология» осуществляется в форме зачета. Промежуточный контроль знаний проводится в устной форме.

### Вопросы для зачета:

1. Этиология сахарного диабета.
2. Патогенез сахарного диабета 1 типа.
3. Патогенез сахарного диабета 2 типа.
4. Клинические проявления гипокалиемии при сахарном диабете.
5. Основные принципы лечения больных сахарным диабетом.
6. Классификация сахарного диабета по ВОЗ.
7. Виды коматозных состояний при сахарном диабете.
8. Показания к назначению инсулинотерапии (относительные и абсолютные).
9. Секреция и метаболизм инсулина в организме, его метаболические эффекты.
10. Патогенез диабетической микро- и макроангиопатии.
11. Методы и способы определения сахара крови.
12. Контринсулярные гормоны и возможности их лабораторного определения.
13. Классификация ретинопатии при сахарном диабете.
14. Особенности течения инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом.
15. Классификация сахароснижающих сульфаниламидов и бигуанидов.
16. Инсулинотерапия при типичной и атипичной диабетических комах.
17. Стадии диабетической комы, их клиника.
18. Тактика лечения больного сахарным диабетом диетотерапией.
19. Лечение гипогликемической комы.
20. Эндокринные заболевания, сопровождающиеся синдромом сахарного диабета, их патогенез.

21. Атипичные диабетические комы: диагностика, клиника, лечение.
22. Дифференциальный диагноз синдрома гипергликемии и гликозурии.
23. Клиника гипогликемической комы.
24. Клиника и лечение отека мозга при диабетических комах.
25. Классификация нефропатии при сахарном диабете.
26. Классификация ожирения и его виды.
27. Этиология и патогенез ожирения.
28. Лечение ожирения.

### **Критерии промежуточного контроля знаний**

<b>Оценка</b>	<b>Описание</b>
<b>«Зачтено»</b>	Выставляется ординатору, показавшему знание учебного материала необходимого для дальнейшего изучения дисциплины, может привести примеры, доказывающие базовые теоретические положения изученной темы
<b>«Не зачтено»</b>	Выставляется ординатору, показавшему значительные пробелы в знаниях учебного материала.

## **7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **7.1. Основная литература**

1. Дедов И.И. Эндокринология: учебник / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Литтерра, 2015. - 416 с. (РНМБ - 2)
2. Диабетологическая практика : (Определение, физиология и патофизиология сахарного диабета. Эпидемиология и диагностика сахарного диабета. Профилактика и лечение сахарного диабета. Осложнения сахарного диабета) : руководство для врачей / И. В. Мясникова, Е. Г. Старостина [и др.] ; авт., ред. А. В. Древаль. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 536 , [8] с. (РНМБ-1)
3. Диабетология. Стандарты медицинской помощи : стандарты : (справочное издание) / сост. А. С. Дементьев ; сост.: Н. И. Журавлева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 178, [6] с. (РНМБ-2)
4. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: учебное пособие для образовательных учреждений послевузовского профессионального образования (ординатура, интернатура, аспирантура) по специальности "Эндокринология" / А.С. Аметов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1031 с. (НБ ЧР - 2)

### **7.2. Дополнительная литература**

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: в 4-х т. Т.1 / А.С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. (РНМБ - 2)
2. Аметов А.С Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: в 4-х т. Т. 2 / А.С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 280 с. (РНМБ - 2)
3. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: в 4-х т. Т.3 / А.С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. (РНМБ - 2)
4. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: в 4-х т. Т.4 / А.С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 312 с. (РНМБ - 2)
5. Балаболкин М.И. Лечение сахарного диабета и его осложнений: руководство для врачей: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Кремнинская. – М.: Медицина, 2005. - 512 с. (РНМБ - 1)

6. Безбородкина Н.Н. Углеводный метаболизм при хронических поражениях печени: монография / Н.Н. Безбородкина, С.В. Оковитый, Б.Н. Кудрявцев. - М.: Синтез Бук, 2008. - 176 с (РНМБ - 1)
7. Биохимия сахарного диабета: учебное пособие / Д.Я. Клейменов и др.; отв. ред. В.Н. Саперов, Е.С. Катанов. - Чебоксары: Изд-во ЧГУ, 2009. - 257 с. (НБ ЧР - 5)
8. Вспомогательные диагностические индексы для определения функционального состояния щитовидной железы: методические рекомендации / И.В. Мадянов [и др.]. - Чебоксары, 2002. - 30 с. (РНМБ - 2)
9. Дедов И.И. Эндокринология: учебник для студентов медицинских вузов / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 422 с. (НБ ЧР - 2)
10. Дедов И.И. Эндокринология: учебник для студентов медицинских вузов / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 422 с. (НБ ЧР - 2)
11. Дедов И.И. Эндокринология: учебник для студентов медицинских вузов / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. - Второе изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 422 с. (НБ ЧР - 2)
12. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний: краткое руководство / под ред. Т.Н. Марковой. - Чебоксары: Изд-во ЧГУ, 2011. - 329 с. (НБ ЧР - 5)
13. Инсулинотерапия сахарного диабета 1 типа у детей и подростков: современная тактика профилактики сосудистых осложнений: пособие для врачей / И.И. Дедов [и др.]. - М., 2005. - 64 с. (РНМБ - 1)
14. Лабораторная диагностика нарушений обмена углеводов. Метаболический синдром, сахарный диабет: руководство / В.В. Долгов [и др.]. - М.; Тверь: Триада, 2006. - 128 с. (РНМБ - 1)
15. Нейроэндокринные опухоли: руководство для врачей / В. Eriksson и др.; ред. М. Carlin, L. Kvols. - М.: Практическая медицина, 2010. - 223 с. - Пер.изд.: Handbook of neuroendocrine tumors (НБ ЧР - 1)
16. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения: руководство для врачей / Седлецкий Ю.И. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. - 415 с. (НБ ЧР - 1)
17. Симоненко, Владимир Борисович Нейроэндокринные опухоли : [руководство] / В. Б. Симоненко, П. А. Дулин, М. А. Маканин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010 (Чебоксары). - 237 с., [5] л. цв. ил. (НБ ЧР - 2)
18. Современные алгоритмы профилактики, диагностики и лечения сахарного диабета 2 типа: учебное пособие [для врачей общей практики, терапевтов и эндокринологов] / сост. И.В. Мисникова, А.В. Древаль, Б.В. Агафонов. - М.: МОНИКИ, 2014. - 35 с. (НБ ЧР - 1)
19. Эндокринология: национальное руководство / Н.А. Абрамова; ред.: И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1072 с. (РНМБ - 2)
20. Эндокринология: национальное руководство: краткое издание / Абрамова Н.А. [и др.]; Рос. ассоц. эндокринологов; Ассоц. мед. о-в по качеству; под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. (НБ ЧР - 1)
21. Эндокринология: тестовые вопросы [для врачей] / М-во здравоохранения и соц. развития Чуваш. Респ., ГОУ ДПО "Ин-т усовершенствования врачей". - Чебоксары: ИУВ, 2011. - 162 с. (НБ ЧР - 5)
22. Боль. Молекулярная нейроиммуноэндокринология и клиническая патофизиология / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий и др. - СПб., 2006. - 301 с. - (Молекулярная нейроиммуноэндокринология). (РНМБ - 1) (НБ ЧР - 1)
23. Гитун Т.В. Диагностический справочник эндокринолога / Т.В. Гитун. - М.: АСТ, 2007. - 604 с. (НБ ЧР - 1)
24. Гринстейн Бен Наглядная эндокринология: учебное пособие для вузов / Гринстейн Б., Вуд Д., пер. с англ. под ред. Г.А. Мельниченко - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 117с. (ЧГУ - 2)

25. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных: рекомендовано Минздравсоцразвития РФ для врачей (фельдшеров), оказывающих медицинскую помощь отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи. Вып. 2 / ред. А. А. Баранов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1345 с. (РНМБ - 1)

26. Гарднер Д. Базисная и клиническая эндокринология. - Кн. 2 : Анатомия и физиология, щитовидная железа, метаболические болезни костей, эндокринная гипертензия, бесплодие, эндокринология беременности, неотложные состояния в эндокринологии. / Д. Гарднер, Д. Шобек ; пер. с англ. В.И. Кандрор и др.; под ред. Г.А. Мельниченко. - М.: Бином, 2011 - 695 с. - Пер.изд.: Gardner D. G. Greenspan's basic & clinical endocrinology / D.G. Gardner, Dolores Shoback. - 8th Ed (ЧГУ - 2)

27. Дедов И.И. Справочник детского эндокринолога: справочное издание / И.И. Дедов, В.А. Петеркова. - М.: Литтерра, 2012. - 524, [4] с. (РНМБ - 2)

28. Доказательная эндокринология: руководство / под ред. П.Камачо и др.; пер. с англ. под ред. Г.А. Мельниченко, Л.Я. Рожинской - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 632с. (ЧГУ - 2)

29. Заболевания щитовидной железы: руководство / Г.М. Кроненбер и др.; пер. с англ. под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: Рид Элсивер; М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 385 с. (НБ ЧР - 1)

30. Нейроиммуноэндокринология тимуса: монография / И.М. Кветной и др. - СПб.: ДЕАН, 2005. - 160 с. - (Научная серия Молекулярная нейроиммуноэндокринология). (РНМБ - 2)

31. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 447, с. - (Библиотека врача-специалиста. Онкология. Эндокринология) (НБ ЧР - 1)

32. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ: руководство для практикующих врачей / И.И. Дедов и др. - М.: Литтерра, 2006. - 1076 с. - (Рациональная фармакотерапия ; т. 12 ) (РНМБ - 2)

33. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ: для практикующих врачей, студентов мед. вузов и слушателей курсов повышения квалификации / С.Д. Арапова [и др.]; под общ. ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: Литтерра, 2008. - 582 с. (НБ ЧР - 2)

34. Удовиченко О.В. Диабетическая стопа: руководство для врачей / О.В. Удовиченко, Н.М. Грекова; авт. предисл. Г.Р. Галстян]. - М.: Практическая медицина, 2010. - 271 с. (НБ ЧР - 1)

35. Эндокринология: клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов; гл. ред.: И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 288 с. (РНМБ - 1)

36. Эндокринология / Г.Р. Галстян и др.; Рос. ассоц. эндокринологов ; под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 358, - (Клинические рекомендации). (НБ ЧР - 2)

37. Эндокринология: тестовые вопросы для врачей / ГОУ ДПО "Ин-т усовершенствования врачей". - Чебоксары: ИУВ, 2011. - 162 с. (НБ ЧР - 5)

38. Квалификационный тест по детской эндокринологии: сборник тестовых заданий / М-во здравоохранения и социал. развития РФ, Федер. агентство по здравоохранению и соц. развитию и др.; под ред. Э.П. Касаткиной - Курск: ВУНМЦ Росздрава, РМАПО Росздрава, 2005. - 143с. (ЧГУ - 5)

39. Квалификационный тест по эндокринологии: сборник тестовых заданий / под ред. А.С. Аметова - Курск: ВУНМЦ Росздрава, РМАПО Росздрава, 2005. - 119с. (ЧГУ - 2)

40. Старых Э. Ф. Диабетология у детей: учебное пособие для медицинских вузов / Э.Ф. Старых, Е.П. Шитьковская, С.М. Полилей. - Ростов-на-Дону, Красноярск., 2007. - 91с. - (Медицина). (ЧГУ - 1)



### **7.3. Нормативные документы**

1. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология": приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 899н (Зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2012 N 26368). // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

2. "Об организации деятельности мобильного лечебно-профилактического модуля для оказания эндокринологической специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом": Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.10.2007 N 672 (Зарегистрировано в Минюсте РФ 03.12.2007 N 10607) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

3. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская эндокринология": приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 908н (ред. от 25.03.2014) (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2012 N 26216). // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

4. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология": приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 899н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

### **7.4. Стандарты**

1. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при инсулинзависимом сахарном диабете": Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 750н (Зарегистрировано в Минюсте России 13.03.2013 N 27660) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

2. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при несахарном диабете": Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 844н (Зарегистрировано в Минюсте России 31.01.2013 N 26771) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

3. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при инсулиннезависимом сахарном диабете": Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 856н (Зарегистрировано в Минюсте России 30.01.2013 N 26759) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

4. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете": Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1581н (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2013 N 27719) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

5. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы": Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 751н (Зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 N 27548) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

6. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при диабетической полиневропатии": Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1577н (Зарегистрировано в Минюсте России 21.03.2013 N 27819) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

7. "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при диабетической ретинопатии и диабетическом макулярном отеке": Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1492н (Зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2013 N 27776) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

8. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при несахарном диабете": Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1094н (Зарегистрировано в Минюсте России 26.02.2013 N 27324) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

9. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при инсулинзависимом сахарном диабете": (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 707н Зарегистрировано в Минюсте России 21.01.2013 N 26631) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

10. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы (критическая ишемия)": Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1620н (Зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 N 27560) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

11. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при несахарном диабете": Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1402н (Зарегистрировано в Минюсте России 13.03.2013 N 27638) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

12. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы (без критической ишемии)": (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1434н (Зарегистрировано в Минюсте России 25.03.2013 N 27882) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

13. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулинзависимом сахарном диабете": Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1552н (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27478) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

14. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете": Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 858н (Зарегистрировано в Минюсте России 25.02.2013 N 27296) // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

15. "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при диабетической полиневропатии": Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1544н (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27459)

16. Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р "Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи": Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р// КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 07.04.2016)

17. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при ожирении: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 752н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

## **7.5. Интернет - ресурсы**

1. «Medlinks.ru»: медицинский сервер. - Режим доступа: <http://www.medlinks.ru>

2. [MedicInform.net](http://MedicInform.net): Медицинская информационная сеть. – Режим доступа: <http://medicinform.net>

3. Единое окно доступа к образовательным ресурсам. - Режим доступа: <http://window.edu.ru/>

4. Консультант врача: электронная библиотечная система / Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа". - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>

5. КонсультантПлюс: справочно-правовая система

6. Медицинский научный и учебно-методический журнал. - Режим доступа: <http://www.medic-21vek.ru/>

7. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. – Режим доступа: <http://elibrary.ru>

8. Руконт: национальный цифровой ресурс. - Режим доступа: <http://rucont.ru/>

9. Федеральная электронная медицинская библиотека. – Режим доступа:  
<http://feml.scsml.rssi.ru/feml/>

10. Эндокринология [Электронный ресурс]: национальное руководство / Ассоциация медицинских обществ по качеству. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1 эл. опт. диск. (PHMB - 2)