

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталмарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 26.10.2022 13:33:11
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 Эндокринология

Б1.Б.1

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

Рабочая программа по дисциплине «Эндокринология» 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 Эндокринология

1. Цели и задачи дисциплины

Цель освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача - эндокринолога, обладающего системой профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в эндокринологии, в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Задачи освоения дисциплины:

- сформировать обширный и глубокий 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 смежных дисциплин;
- 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 «Эндокринология» относится к базовой 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 «Эндокринология» 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
Универсальные компетенции (УК):	
– Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)	знать: <ul style="list-style-type: none">– основы законодательства о здравоохранении и нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений органов здравоохранения;– организацию эндокринологической помощи в стра-

	<p>не, организацию скорой и неотложной помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> – основы юридического права в эндокринологии; – строение, физиологию и патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимоотношение с другими органами и системами организма. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – получить информацию о заболевании; – применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания или его осложнений; – выявить факторы риска развития основных эндокринных заболеваний и организовать меры профилактики. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами оценки состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения; – методами оценки результаты гормональных исследований; – методами проведения и оценки тестов функциональных проб, применяемых для диагностики дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний; – навыками выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии.
<p>– Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – особенности правового регулирования профессиональной деятельности; – основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения; – основные подходы, методы и технологию управления коллективом организации; – тенденции культурной универсализации в мировом современном процессе. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – регулировать труд медицинских работников, ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; – защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; – навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников (законных представителей) в соответствии с требованиями правил «информированного согласия».

<p>Профессиональные компетенции (ПК):</p>	
<p>профилактическая деятельность:</p>	
<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>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – показатели смертности от основных эндокринных заболеваний и мероприятия по их снижению; – причины возникновения патологических процессов в железах внутренней секреции, механизм их развития и клинические проявления; – влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез; – методы реабилитации, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в эндокринологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; – основы рационального питания и принципы диетотерапии при сахарном диабете и ожирении; – основы онкологической настороженности при патологии щитовидной железы; – основы массовой и индивидуальной йодной профилактики у населения; – основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выявлять социально-опасные инфекционные заболевания, возможные при эндокринной патологии (ТВС, ВИЧ, сифилис, гепатит); – установить диагноз и провести необходимое лечение при следующих заболеваниях при различных патологиях эндокринной системы. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методикой вычисления индекса массы тела, процентного содержания жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов; – методикой оценки состояния наружных гениталий, выраженность и соответствие полу и возрасту вторичных половых признаков; – способами пальпации щитовидной железы и оценки ее размеров и структуры; – тактиками назначения фармакотерапии и способами оценки ее результатов при эндокринной патологии; – способом пальпации тестикул с определением их размеров, консистенции и фиксации в мошонке.
<p>– Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных желез, их диагностику, принципы лечения и профилактики; – общие и специальные методы исследования в эн-

<p>хроническими больными (ПК-2)</p>	<p>докринологии.</p> <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить данные ЭКГ, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования; – оценить тяжесть состояния больного; – определить показания к госпитализации; – вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями; – проводить диспансеризацию и оценивать ее эффективность. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами определения степени выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин; – способами определения вибрационной, температурной и тактильной чувствительности стоп больных сахарным диабетом; – способами выявления глазных симптомов тиротоксикоза и офтальмопатию; – методами оценки состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения; – методами оценки результаты гормональных исследований; – навыками выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии; – методом вычисления индекса массы тела, процентного содержания жира в организме, определения окружности талии и бедер с интерпретацией полученных результатов; – способами оценки состояния наружных гениталий, выраженности и соответствия полу и возрасту вторичных половых признаков; – способами пальпации щитовидной железы и оценки ее размеров и структуры.
<p>– Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – показатели смертности от основных эндокринных заболеваний и мероприятия по их снижению; – влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез; – основы онкологической настороженности при патологии щитовидной желез - клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных желез, их диагностику, принципы лечения и профилактики. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выявить факторы риска развития основных эндокринных заболеваний и организовать меры профилактики; – проводить санитарно-просветительскую работу.

	<p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками формирования у населения, мотивации направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
<p>диагностическая деятельность:</p> <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 (МК-5)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – строение, физиологию и патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимоотношение с другими органами и системами организма; – причины возникновения патологических процессов в железах внутренней секреции, механизм их развития и клинические проявления; – влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез; – основы онкологической настороженности при патологии щитовидной желез; – основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза; – клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных желез, их диагностику, принципы лечения и профилактику; – общие и специальные методы исследования в эндокринологии; – влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез; – этиологию опухолей, морфологическую классификацию опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма; – роль генетических факторов в развитии эндокринных заболеваний; – основы водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния крови, возможные типы их нарушений и принципы лечения; – основы применения УЗИ, рентгенорадиологии, денситометрии и офтальмоскопии для обследования и лечения эндокринных больных. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания или его осложнений; – выявить факторы риска развития основных эндокринных заболеваний и организовать меры профилактики; – оценить данные ЭКГ, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования; – оценить тяжесть состояния больного; – интерпретировать результаты офтальмоскопии, ангио и ретинограммы; – интерпретировать сонограммы и сцинтиграммы

щитовидной железы, определить показания и противопоказания к проведению термографии, КТ и инвазивных методов исследования щитовидной и паращитовидных желез;

- оценить результаты офтальмометрии, УЗИ и КТ орбит;
- интерпретировать рентгенограммы черепа, прицельные снимки турецкого седла, данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии мозга;
- оценить данные ЭЭГ и эхо-ЭЭГ;
- интерпретировать результаты инструментальных исследований надпочечных желез: оксигеносупраренперитонеума, сцинтиграфии коры и мозгового слоя, УЗИ, КТ, МРТ и ангиографии;
- оценить парциальные функции почек у эндокринных больных;
- интерпретировать результаты биопсии щитовидной железы;
- установить диагноз при эндокринологических заболеваниях.

владеть:

- методами проведения и оценки тестов функциональных проб, применяемых для диагностики дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний;
- методикой вычисления индекса массы тела, процентного содержания жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов;
- методикой оценки состояния наружных гениталий, выраженность и соответствие полу и возрасту вторичных половых признаков;
- способами пальпации щитовидной железы и оценки ее размеров и структуры;
- способом пальпации тестикул с определением их размеров, консистенции и фиксации в мошонке;
- способами определения вибрационной, температурной и тактильной чувствительности стоп больных сахарным диабетом;
- способами выявления глазных симптомов тиротоксикоза и офтальмопатии;
- методами оценки состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения;
- методами оценки результаты гормональных исследований;
- навыками выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии;
- способом определения степени выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин.

<p>лечебная деятельность:</p> <p>– Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндокринологической помощи (ПК-6)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основы законодательства о здравоохранении и нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; – организацию эндокринологической помощи в стране; организацию скорой и неотложной помощи; – основы интенсивной терапии и реанимации у эндокринных больных; – основы инфузионной терапии в эндокринологии; – основы фармакотерапии в эндокринологии; – принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения эндокринных больных; – показания к госпитализации у эндокринных больных. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выработать план ведения больного; – решать вопрос о трудоспособности больного; – оценить тяжесть состояния больного; – оказать срочную помощь при неотложных состояниях; – определять группу крови, показания к переливанию крови, реинфузии; – провести необходимое лечение при эндокринологических заболеваниях; – оценить данные ЭКГ, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования; – оказывать помощь при неотложных эндокринологических состояниях. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – тактикой назначения фармакотерапии и способами оценки ее результатов при эндокринной патологии, определить показания к хирургическим и иным немедикаментозным методам лечения; – методикой подготовки больных к оперативному лечению; – навыками ведения беременных с эндокринной патологией; – методами оценки прогноза заболевания.
<p>реабилитационная деятельность:</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>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – организацию эндокринологической помощи в стране, организацию скорой и неотложной помощи; – вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, МСЭК в эндокринологии; – методы реабилитации, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в эндокринологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; – основы рационального питания и принципы дието-

	<p>терапии при сахарном диабете и ожирении;</p> <ul style="list-style-type: none"> – влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез; – основы инфузионной терапии в эндокринологии; – основы фармакотерапии в эндокринологии; – показания к госпитализации у эндокринных больных. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – получить информацию о заболевании; – применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания или его осложнений; – выработать план ведения больного; – решать вопрос о трудоспособности больного; – оценить тяжесть состояния больного; – определить показания к госпитализации; – вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями; – проводить отбор пациентов для проведения санаторно-курортного лечения. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – тактикой назначения лекарственной, немедикаментозной терапии и способами оценки ее результатов при эндокринной патологии; – методикой подготовки больных к санаторно-курортному лечению; – методами оценки прогноза медицинской реабилитации.
<p>психолого-педагогическая деятельность:</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>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – показатели смертности от основных эндокринных заболеваний и мероприятия по их снижению; – причины возникновения патологических процессов в железах внутренней секреции, механизм их развития и клинические проявления; – влияние производственных факторов и факторов внешней среды (радиация, дефицит йода, питание и т.д.) на функцию эндокринных желез; – методы реабилитации, основы физиотерапии и лечебной физкультуры в эндокринологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; – основы рационального питания и принципы диетотерапии при сахарном диабете и ожирении; – основы онкологической настороженности при патологии щитовидной железы; – основы массовой и индивидуальной йодной профилактики у населения;

	<ul style="list-style-type: none"> – основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – мотивировать пациента к необходимости соблюдения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития эндокринных заболеваний; – установить эмоционально-психологический контакт с пациентом; – выбирать адекватные способы мотивации отдельных лиц, семей и общества в целом по поддержанию общего здоровья, выстраивать и поддерживать рабочие отношения. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками формирования мотивации к поддержанию здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние здоровья; – основными средствами психологического воздействия на пациента, способами построения стратегии взаимоотношения «врач-пациент» и «врач-среда».
<p>организационно-управленческая деятельность:</p>	
<p>– Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)</p>	<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; – методики расчета показателей деятельности медицинских организаций. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи; – применять статистические методы в медицинских исследованиях при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций; – анализировать полученные результаты. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами ведения медицинской документации; – знаниями о научных основах управления и маркетинга; – методиками расчета показателей эффективности деятельности медицинской организации.

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1008 часов, 28 зачетных единиц.
Распределение часов по видам учебной работы представлено в таблице 1.

Таблица 1

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		1	2	3	4
Аудиторные занятия (всего)	578	200	234	144	-
В том числе:	-	-	-	-	-
Лекции	62	28	20	14	-
Практические занятия	516	172	214	130	-
Семинары					
Лабораторные занятия					
Самостоятельная работа (всего)	430	124	234	72	-
В том числе:	-	-	-	-	-
<i>Другие виды самостоятельной работы</i> (подготовка к практическим занятиям, работа с отечественной и зарубежной литературой, работа с Интернет-ресурсами)	430	124	234	72	-
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		Зачет с оценкой	Зачет с оценкой	Экзамен	-
Общая трудоемкость час зач. ед.	1008	324	468	216	-
	28	9	13	6	-

5. Учебно-тематический план дисциплины

№ п/п	Наименование разделов, тем	Всего (час.)	В том числе		
			Лекции (час.)	Практические занятия (час.)	Самостоятельная работа (час.)
1.	Теоретические основы эндокринологии и методы исследования эндокринных желез в клинике	106	10	54	42
1.1.	Гормоны. Общие вопросы. Определение понятия «гормоны»	9	2	4	3
1.2.	Система «гипоталамус – гипофиз»	7		4	3
1.3	Надпочечниковые железы. Система «гипоталамус – гипофиз – надпочечники»	9	2	4	3
1.4	Поджелудочная железа и ее инкреторная функция	9	2	4	3
1.5	Гастроинтестинальные гормоны	7		4	3
1.6	Система «гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа»	9	2	4	3
1.7	Околощитовидные железы	9	2	4	3
1.8	Костная ткань, эндокринная регуляция процессов костного	7		4	3

	метаболизма				
1.9	Эпифиз	7		4	3
1.10	Иммунная система и ее связь с эндокринной системой	7		4	3
1.11	Система «гипоталамус – гипофиз – гонады»	7		4	3
1.12	Диффузная эндокринная система (АПУД – система)	7		4	3
1.13	Основы медицинской генетики	6		3	3
1.14	Клиническая фармакология эндокринных препаратов	6		3	3
2.	Заболевания гипоталамо – гипофизарной системы	120	8	64	48
2.1	Болезнь Иценко – Кушинга	15	1	8	6
2.2	Дизэнцефальный синдром, нейроэндокринная форма. Пубертатно – юношеский диспитуитаризм	15	1	8	6
2.3	Акромегалия и гигантизм	17	1	8	8
2.4	Гипоталамо-гипофизарная недостаточность	13	1	8	4
2.5	Церебрально – гипофизарный нанизм	15	1	8	6
2.6	Синдром гиперпролактинемии	15	1	8	6
2.7	Несахарный диабет	17	1	8	8
2.8	Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона (СНП АДГ, гипергидропексический синдром, синдром Пархона)	13	1	8	4
3.	Заболевания щитовидной железы	168	11	79	78
3.1	Классификация заболеваний щитовидной железы	11	1	4	6
3.2	Диффузный токсический зоб (ДТЗ)	13	1	6	6
3.3	Тиреотоксическая аденома	13	1	6	6
3.4	Гипотиреоз	13	1	6	6
3.5	Эндемический зоб и другие йоддефицитные заболевания	13	1	6	6
3.6	Острый тиреоидит (бактериальный)	13	1	6	6
3.7	Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена гранулематозный)	13	1	6	6
3.8	Хронический аутоиммунный тиреоидит (Хасимото)	13	1	6	6
3.9	Фиброзный тиреоидит Риделя	13	1	6	6
3.10	Хронические специфические тиреоидиты	13	1	6	6

3.11	Радиационные повреждения щитовидной железы	12		6	6
3.12	Злокачественные новообразования щитовидной железы	13	1	6	6
3.13	Эндокринная офтальмопатия	15		9	6
4.	Ожирение	98	6	56	36
4.1	Ожирение	17	1	10	6
4.2	Ожирение и метаболический синдром	17	1	10	6
4.3	Ожирение и сахарный диабет	17	1	10	6
4.5	Ожирение и репродуктивная функция	15	1	8	6
4.6	Лечение ожирения	17	1	10	6
4.7	Профилактика ожирения	15	1	8	6
5.	Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы	116	4	64	48
5.1	Сахарный диабет	29	1	16	12
5.2	Гиперинсулинизм	29	1	16	12
5.3	Глюкагонома	29	1	16	12
5.4	Соматостатинома	29	1	16	12
6.	Эндокринные аспекты половых желез	132	10	66	56
6.1	Физиология половых желез	14	2	6	6
6.2	Пороки развития половых органов	22	2	10	10
6.3	Гипогонадизм	20	2	8	10
6.4	Преждевременное половое созревание	24		14	10
6.5	Синдром поликистозных яичников	26	2	14	10
6.6	Климактерический синдром	26	2	14	10
7.	Оценка иммунного статуса при эндокринных заболеваниях	66	2	32	32
7.1	Оценка иммунного статуса при эндокринных заболеваниях	33	1	16	16
7.2	Коррекция иммунного статуса при эндокринных заболеваниях	33	1	16	16
8.	Заболевания надпочечников	137	8	69	60
8.1	Кортикостерома (синдром Иценко – Кушинга)	16	1	9	6
8.2	Первичный альдостеронизм (синдром Конна)	15	1	8	6
8.3	Андростерома	16	1	9	6
8.4	Кортикоэстрома	16	1	9	6
8.5	Гормонально неактивные опухоли надпочечников (инци-	16	1	9	6

	денталомы надпочечников)				
8.6	Хроническая надпочечниковая недостаточность	17	1	6	10
8.7	Острая надпочечниковая недостаточность	17	1	6	10
8.8	Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН, адреногенитальный синдром, врожденная надпочечниковая гиперплазия)	15		9	6
8.9	Феохромоцитома	9	1	4	4
9.	Заболевания околощитовидных желез	65	3	32	30
9.1	Гиперпаратиреоз	17	1	8	8
9.2	Гипопаратиреоз	17	1	8	8
9.3	Рак околощитовидных желез	31	1	16	14
	ВСЕГО	1008	62	516	430

6. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины

6.1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль знаний проводится в форме тестирования, решения ситуационных задач и выполнения рефератов.

Вопросы для тестирования:

1. Гормоны - это вещества, которые синтезируются в железах внутренней секреции и поступают непосредственно

- а) в кровь
- б) в лимфу
- в) в спинномозговую жидкость
- г) в мочу
- д) в желудочно-кишечный тракт

2. С рецепторами, расположенными на плазматической мембране клеток, взаимодействуют все перечисленные гормоны, кроме

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

3. Биологический эффект всех перечисленных гормонов осуществляется при участии циклического аденозинмонофосфата (ц АМФ - вторичного мессенджера), за исключением

- а) адренокортикотропного гормона (АКТГ)
- б) тиреотропного гормона (ТТГ)
- в) фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
- г) лютеинизирующего гормона (ЛГ)
- д) гастрин

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

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

5. К нейротрансмиттерам относятся все перечисленные вещества, кроме

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

6. Синтез белка усиливает

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

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

а) повышение уровня эстрадиола вызывает высвобождение лютеинизирующего гормона в гипофизе

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

8. Наиболее высокий уровень АКТГ отмечается в следующие часы суток

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

9. Наиболее низкий уровень АКТГ отмечается в следующие часы суток

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

10. На синтез адренкортикотропного гормона влияет

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

11. β -эндорфины являются

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

- 12. Химическим посредником в действии гормонов - "вторичным мессенджером" - является**
- а) кальций
 - б) натрий
 - в) бром
 - г) фтор
 - д) калий
- 13. С кальцием взаимодействует**
- а) транскритин
 - б) преальбумин
 - в) кальмодулин
 - г) трансферрин
 - д) орозомукоид
- 14. Гормоны транспортируются к органам-мишеням с помощью**
- а) белков
 - б) жиров
 - в) углеводов
 - г) гликопротеидов
 - д) витаминов
- 15. Усиливают действие вазопрессина на почки все следующие препараты, кроме**
- а) диуретиков
 - б) хлорпропамида
 - в) солей лития
 - г) карбамазепина
 - д) антибиотиков
- 16. Эктопированный АДГ-синдром наиболее часто наблюдается**
- а) при бронхогенном раке
 - б) при раке поджелудочной железы
 - в) при тимоме
 - г) при лимфоме
 - д) при раке предстательной железы
- 17. Эктопированный АДГ-синдром может сопровождаться всем перечисленным, кроме**
- а) повышенной секреции вазопрессина
 - б) повышенной секреции АКТГ
 - в) повышенной функции коры надпочечников
 - г) сниженной функции коры надпочечников
 - д) нормальной функции коры надпочечников
- 18. Терапия при синдроме Пархона включает все перечисленное, кроме**
- а) проведения лучевой терапии на межуточно-гипофизарную область
 - б) кортикостероидов
 - в) терапии бромкриптином
 - г) спиронолактонов
 - д) мочегонных средств
- 19. Положительный эффект терапии парлоделом больных с идиопатическими отеками обусловлен всем перечисленным, кроме**
- а) повышения функции щитовидной железы
 - б) активации дофаминергической рецепции гипоталамуса
 - в) прямого действия препарата на антидиуретический гормон
 - г) воздействия на альдостерон
 - д) гипотензивного действия препарата

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

26. Эктопический АКТГ-синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

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

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

- а) опухоли гипофиза
- б) опухоли надпочечников
- в) черепно-мозговой травмы

г) психической травмы

д) нейроинфекции

28. Для вазоренальной гипертензии характерно все перечисленное, кроме

а) постоянного высокого кровяного давления

б) умеренной гипокалиемии

в) гиперсекреции альдостерона

г) постоянной выраженной гипокалиемии

д) патологии сосудов почек

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

а) чрезмерного выделения калия с мочой

б) пониженного содержания калия в крови

в) гиперсекреции альдостерона

г) характерных для нефрита изменений в моче

д) низкого уровня ренина в плазме

30. На наличие гиперпаратиреоза указывает все перечисленное, кроме

а) нормокалиемии

б) гипокалиемии

в) гиперкальциемии

г) гипофосфатемии

д) гиперкальциемии

31. Для феохромоцитомы характерно все перечисленное, кроме

а) снижения активного ренина в крови

б) увеличения активного ренина в крови

в) увеличения содержания в крови и моче катехоламинов

г) увеличения в моче метаболитов катехоламинов

д) повышения в крови уровня альдостерона

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

а) оперативного удаления альдостеромы одного надпочечника

б) тотальной резекции надпочечников при их гиперплазии

в) тотальной резекции одного надпочечника

г) тотальной резекции обоих надпочечников при наличии аденомы в одном

д) оперативного удаления альдостером обоих надпочечников

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

а) диеты с ограничением содержания натрия

б) диеты с ограничением содержания калия

в) спиронолактонов

г) глюкокортикоидов

д) диеты с нормальным содержанием натрия

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

а) снижения кровяного давления

б) восстановления содержания калия в организме

в) нормализации уровня альдостерона

г) увеличения уровня ренина

д) снижения уровня ренина

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

а) прогрессирующей артериальной гипертензии

б) почечной недостаточности

в) сердечной недостаточности

г) метастазирования, интоксикации при наличии злокачественной опухоли коры надпочечников

д) тетании

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

а) наличия злокачественной альдостеромы

б) тяжести почечных нарушений

в) резекции надпочечников

г) тяжести поражения сосудистой системы

д) уровня альдостерона в крови

37. Этиологическими причинами андростеромы могут быть все перечисленные, кроме

а) генетических

б) иммунологических

в) канцерогенных

г) неполноценности ферментных систем, участвующих в стероидогенезе в коре надпочечников

д) инфекции

38. Патогенез андростеромы обусловлен гиперсекрецией

а) андрогенов

б) эстрогенов

в) альдостерона

г) глюкокортикоидов

д) глюкокортикоидов и альдостерона

39. Патоморфологически для андростеромы характерно все перечисленное, кроме

а) наличия опухоли коры надпочечников

б) гистологически - опухоли, содержащей, главным образом, темные клетки, характеризующиеся полиморфизмом

в) при злокачественной андростероме - клеточной атипии инфильтративного роста, множества очагов некроза

г) при злокачественной форме - метастазирования в забрюшинное пространство, печень, легкие

д) выявления только гиперплазии коры надпочечников

40. Клинически андростерома у женщин характеризуется всем перечисленным, кроме

а) гирсутизма

б) нарушения менструальной функции

в) огрубления голоса

г) уменьшения молочных желез

д) отсутствия перераспределения подкожно-жировой клетчатки

41. Особенности течения андростеромы у девочек является все перечисленное, кроме

а) увеличения клитора в пубертатный период

б) соответствия зон роста паспортным данным возраста

в) отсутствия роста молочных желез

г) отсутствия менструаций

д) отсутствия роста волос на лобке

42. Особенности течения андростеромы у мальчиков является все перечисленное, кроме

а) преждевременного оволосения на лобке

б) увеличения наружных половых органов

- в) ускоренного роста
- г) нормального развития яичек
- д) преждевременного созревания скелета

43. Гормональное исследование при андростероме характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) увеличения экскреции с мочой 17-кетостероидов
- б) увеличения в плазме дегидроэпиандростерона
- в) отсутствия нарушения экскреции с мочой 17-оксикортикостероидов у большинства больных
- г) нормального уровня кортизола в крови у большинства больных
- д) нормальной экскреции с мочой b-фракции 17-кетостероидов

44. Функциональные пробы при андростероме выявляют

- а) значительное (на 50% и более) уменьшение экскреции 17-кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона
- б) отсутствие уменьшения экскреции с мочой 17-кетостероидов при приеме дексаметазона
- в) умеренное (менее 50%) уменьшение экскреции с мочой 17-кетостероидов при приеме дексаметазона
- г) увеличение экскреции 17-кетостероидов с мочой на пробе с хориогоническим гонадотропином
- д) снижение экскреции 17-кетостероидов с мочой на пробе с прогестероном

45. Ведущими признаками биохимических нарушений при гиперосмолярной коме являются

- а) высокая гипергликемия
- б) повышение осмолярности крови
- в) гипонатриемия
- г) гиперхлоремия
- д) отсутствие повышения уровня мочевины

46. При гиперосмолярной коме отмечают все перечисленное, кроме

- а) увеличения в крови гемоглобина, показателя гематокрита
- б) повышения в крови общего белка
- в) обязательного наличия кетоацидоза
- г) нормального уровня бикарбоната и рН крови
- д) гиперазотемии

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

- а) дыхания Куссмауля
- б) запаха ацетона изо рта
- в) ацетонурии
- г) неврологической симптоматики
- д) нормального уровня сахара в крови

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

- а) гипертонических растворов
- б) 0.45% раствора хлористого натрия
- в) хлористого калия
- г) инсулинотерапии
- д) устранения причины коматозного состояния

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

- а) профилактики отека мозга
- б) избежания сердечно - сосудистой недостаточности

- в) профилактики возможных тромбоэмболий и тромбозов
- г) профилактики гиповолемического шока
- д) достижения нормогликемии (не обязательно)

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

- а) передозировки вводимого инсулина
- б) недостаточного приема белков
- в) недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина
- г) недозированной физической нагрузки
- д) ухудшения функций печени и почек

51. Гипогликемические состояния обуславливают все перечисленное, кроме

- а) уменьшения фиксации гликогена в печени и мышцах
- б) нарушения питания центральной нервной системы
- в) гипоксии
- г) нарушения высшей нервной деятельности
- д) нарушения других функций головного мозга

52. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) быстрого развития коматозного состояния
- б) медленного развития комы
- в) тонических или клонических судорог
- г) понижения температуры тела
- д) тахикардии

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

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

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

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

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

а) строгого соблюдения больным диабетом режима питания и инсулинотерапии
б) знания больным симптомов гипогликемии и приема легкоусвояемых углеводов в случае их появления

- в) постоянного самоконтроля сахара в крови и моче
- г) самоконтроля ацетонурии
- д) осторожности при назначении препаратов, стимулирующих секрецию инсулина

56. При гипогликемической коме проводят всю перечисленную терапию, кроме

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

57. Для диагностики инсулиномы используют

- а) УЗИ поджелудочной железы

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

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

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

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

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

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

- а) острого развития язвенной болезни с резкими болями в подложечной области
- б) гиперсекреции желудочного сока
- в) диспепсических проявлений (рвота, понос)
- г) развития желудочно-кишечных осложнений (кровотечения, перфорация язв)
- д) содержания сахара в крови натощак ниже 2.8 ммоль/л

61. Соматостатин в поджелудочной железе вырабатывается

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

69. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно

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

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

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

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

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

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

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

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

а) ЛАТС-фактор стимулирует функцию щитовидной железы в течение более длительного времени, чем ТТГ

б) повышенный уровень ЛАТС наблюдается лишь у 45-50% больных диффузным токсическим зобом

в) повышенный уровень ЛАТС наблюдается при сочетании диффузного токсического зоба с экзофтальмом и претибиальной микседемой у 80-90% больных

г) уровень ЛАТС в крови не коррелирует с тяжестью тиреотоксикоза

д) уровень ЛАТС в крови коррелирует с выраженностью офтальмопатии

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

а) является g-глобулином

б) является стимулятором щитовидной железы

в) определяется у 60-70% больных с диффузным токсическим зобом

г) уровень ЛАТС-протектора коррелирует с тяжестью тиреотоксикоза

75. Для тиреостимулирующих иммуноглобулинов характерно все перечисленное, кроме

а) принадлежности к классу А

б) принадлежности в классу G

в) того, что они являются антигенами

г) ответственности за связывание ТТГ с рецептором

д) обладания стимулирующим действием на щитовидную железу

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

а) стимуляции аденилатциклазы и усиления биосинтеза тиреоидных гормонов

б) блокирования рецепторов и снижения биосинтеза тиреоидных гормонов

в) при взаимодействии со щитовидной железой блокирования рецептора, вызывая рефрактерность к действию ТТГ

г) корреляции между функциональным состоянием щитовидной железы и количеством антител к рецепторам ТТГ

77. При диффузном токсическом зобе установлено все перечисленное, кроме

а) врожденного дефекта иммунного контроля

б) дефекта или дефицита Т-супрессоров

в) появления форбидных клонов Т-лимфоцитов

г) повышенного образования стимулирующих иммуноглобулинов

д) увеличения Т-супрессоров

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

а) эндокринной офтальмопатии

б) претибиальной микседемы

в) витилиго

г) синдрома Шмидта

79. Патогенез эндокринной офтальмопатии обусловлен всем перечисленным, кроме

а) деривата ТТГ, лишённого тиреостимулирующих свойств

б) генетического фактора

в) иммунного процесса

г) образования форбидных (запрещенных) клонов

д) функционального состояния щитовидной железы

80. Претибиальная микседема выявляется при всем перечисленном, кроме

а) сочетания с диффузным токсическим зобом

б) сочетания с офтальмопатией

в) сочетания с эндемическим зобом

г) после хирургического вмешательства на щитовидной железе по поводу диффузного токсического зоба

д) после лечения радиоактивным йодом диффузного токсического зоба

81. Повышенный выброс катехоламинов может обусловить все перечисленное, кроме

а) увеличения синтеза тиреоидных гормонов

б) увеличения секреции тиреоидных гормонов

в) увеличения секреции ТТГ с последующим увеличением уровня тиреоидных гормонов

г) увеличения аутоиммунного процесса в щитовидной железе

д) уменьшения секреции тиреоидных гормонов

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

а) костной системы

б) почек

в) поджелудочной железы

г) желудка

д) печени

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

а) у женщин - 50%

б) у мужчин - 30%

в) у детей - 10%

г) понижения средней массы тела у лиц старше 70 лет

д) повышения средней массы тела у лиц старше 70 лет

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

а) употребления дешевых продуктов с повышенным содержанием углеводов

б) избытка в рационе жиров животного происхождения

в) недостатка в рационе белка

г) недостатка в рационе клетчатки (фруктов)

д) избытка в рационе белка

85. Этиопатогенетическая классификация ожирения включает все перечисленное, кроме

а) экзогенно-конституционального ожирения

б) церебральной формы

в) ожирения при гипокортицизме

г) эндокринно-гипотиреоидной формы

д) эндокринно-гипогенитальной формы

86. Синдром Альстрема характеризуется всем перечисленным, кроме

а) ожирения

б) пигментной дегенерации сетчатки

в) нейросенсорной глухоты

г) несахарного диабета

д) сахарного диабета

87. Основными причинами первичного гипогонадизма могут быть все перечисленные, кроме

а) аутоиммунного поражения гонад

б) травмы гонад

в) вирусных поражений гонад

г) воспалительных поражений гонад

д) мононеврита бедренного нерва

88. Наиболее типичными клиническими признаками первичного гипогонадизма является все перечисленное, кроме

- а) маленьких гонад
- б) многочисленных акне вульгарис, грубой, толстой, жирной кожи у мужчин
- в) отсутствия или недостаточно выраженных вторичных половых признаков
- г) евнухоидных пропорций тела
- д) гинекомастии у мужчин

89. Для вторичного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме

- а) снижения секреции половых гормонов
- б) снижения секреции гонадотропинов
- в) уменьшения размеров гонад
- г) отсутствия или слабого развития вторичных половых признаков
- д) высокого уровня гонадотропных гормонов в плазме крови

90. Третичный гипогонадизм характеризуется

- а) отсутствием (дефицитом) продукции люлиберина
- б) нормальным фенотипом
- в) отсутствием нормальной продукции гонадотропинов
- г) высокой продукцией люлиберина
- д) нормальной секрецией половых гормонов гонадами

91. Для третичного гипогонадизма характерно все перечисленное, кроме

- а) снижения секреции половых гормонов гонадами
- б) повышенной секреции люлиберина
- в) снижения секреции люлиберина
- г) выраженных признаков гипогонадизма
- д) снижения продукции гонадотропинов

92. Поражение яичников в препубертатном возрасте способствует развитию всего перечисленного, кроме

- а) отсутствия вторичных половых признаков
- б) отсутствия оволосения на лобке
- в) слабого развития вторичных половых признаков
- г) формирования евнухоидных пропорций тела
- д) бесплодия

93. Поражение яичников в постпубертатном периоде приводит к развитию всего перечисленного, кроме

- а) нарушения менструальной функции
- б) бесплодия
- в) евнухоидизма
- г) гирсутизма
- д) уменьшения размеров матки

94. Поликистозная дегенерация яичников у больной с гипоталамическим синдромом может привести к развитию всего перечисленного, кроме

- а) гирсутизма
- б) опсоменореи
- в) бесплодия
- г) быстрой редукции массы тела
- д) увеличения уровня 17-КС в моче

95. Синдром Клайнфельтера характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) выявления заболевания только у мужчин
- б) определения полового хроматина X
- в) признаков первичного гипогонадизма
- г) бесплодия
- д) высокого интеллекта у больных

96. Для установления диагноза первичного или вторичного гипогонадизма необходимо провести все следующие исследования, кроме

- а) пробы с хорионическим гонадотропином
- б) пробы с тиролиберином
- в) определения полового хроматина
- г) определения половых гормонов в крови
- д) определения 17-КС в моче

97. Эпифиз является эндокринной железой

- а) да
- б) нет

98. Аутоиммунные эндокринные заболевания характеризуются

- а) Т-клеточным иммунодефицитом
- б) снижением Т-супрессоров
- в) наличием аутоантител к собственным антигенам эндокринных желез
- г) уменьшением отношения Т-хелперов к Т-супрессорам
- д) всем перечисленным

99. К каким аутоиммунным заболеваниям относятся эндокринные болезни?

- а) системным
- б) органоспецифическим
- в) смешанным
- г) всем перечисленным
- д) ни к одному из перечисленных типов заболеваний

100. Костная плотность у больных остеопорозом

- а) повышена
- б) понижена
- в) не изменена

Примерные темы рефератов:

1. Маски тиреотоксикоза
2. Маски гипотиреоза
3. Маски феохромоцитомы
4. Интерпретация различных вариантов теста толерантности к глюкозе
5. Синдром крипторхизма
6. Синдром андрогении
7. Симптоматическая артериальная гипертензия при эндокринной патологии
8. Дифференциальный диагноз синдрома жажды
9. Синдром гипокальциемии
10. Синдром гиперкальциемии
11. Синдром гинекомастии
12. Синдром аменореи в эндокринологической практике
13. Синдром гипернатриемии
14. Синдром гиперкалиемии
15. Особенности лечения сахарного диабета в пожилом возрасте
16. Апудомы и апудопатии
17. Синдром неадекватной секреции АДГ
18. Синдром тиреотоксикоза в пожилом возрасте
19. Метаболический синдром
20. Беременность и сахарный диабет
21. Беременность и заболевания щитовидной железы
22. Миастения Гравис
23. Бигуаниды в лечении сахарного диабета 2 типа
24. Факторы риска развития сахарного диабета и их профилактика

25. Дифференциальный диагноз низкорослости
26. Синдром остеопороза
27. Синдром пустого турецкого седла

Примерные ситуационные задачи:

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

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

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

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

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

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

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

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

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

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

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

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

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

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

При обследовании:

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

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

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

Укажите и обоснуйте диагноз, определите тактику лечения.

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.
«Хорошо»	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.
«Удовлетворительно»	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.
«Неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Критерии оценивания тестирования

Оценка	Описание
«Отлично»	91% и выше правильных ответов тестовых заданий
«Хорошо»	от 81% до 90% правильных ответов тестовых заданий
«Удовлетворительно»	от 71% до 80% правильных ответов тестовых заданий
«Неудовлетворительно»	ниже 70% правильных ответов тестовых заданий

Критерии оценивания решения ситуационных задач

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

6.2. Оценочные средства для промежуточного контроля успеваемости

Промежуточный контроль знаний по дисциплине «Эндокринология» осуществляется в форме зачета с оценкой по итогам 1,2 семестра и в форме экзамена по итогам 3 семестра. Промежуточный контроль знаний проводится в устной форме.

Вопросы для зачета с оценкой

1. Распространенность сахарного диабета (СД) в развитых странах и РФ. Социально-экономическая значимость проблемы роста заболеваемости СД.
2. Этиология, патогенез СД типа 1. Факторы риска.
3. Этиология, патогенез СД типа 2. Факторы риска.
4. Клиника СД типа 1. Изменения полости рта при этом типе диабета. Пародонтоз.
5. Клиника СД типа 2. Изменения полости рта при этом типе диабета. Пародонтоз.
6. Дифференциальный диагноз между 1-ым и 2-ым типом диабета.
7. Принципы лечения СД. Диетотерапия при СД.
8. Организация обучения в школах диабетиков, самоконтроль гликемии и глюкозурии пациентами с диабетом.

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

Примерный перечень практических навыков.

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

Экзаменационные вопросы:

1. Надпочечниковые железы.
2. Система «гипоталамус – гипофиз – надпочечники».
3. Поджелудочная железа.
4. Гастроинтестинальные гормоны.
5. Система «гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа».
6. Околощитовидные железы.
7. Костная ткань, эндокринная регуляция процессов костного метаболизма.
8. Эпифиз.
9. Иммунная система и ее связь с эндокринной системой.
10. Система «гипоталамус – гипофиз – гонады».
11. Диффузная эндокринная система.
12. Клиническая фармакология эндокринных препаратов.
13. Болезнь Иценко – Кушинга.
14. Диэнцефальный синдром, нейроэндокринная форма.
15. Пубертатно – юношеский диспитуитаризм.
16. Акромегалия и гигантизм.
17. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность.
18. Церебрально – гипофизарный нанизм.
19. Синдром гиперпролактинемии.
20. Несахарный диабет.
21. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона.
22. Классификация заболеваний щитовидной железы.
23. Диффузный токсический зоб.
24. Тиреотоксическая аденома.
25. Гипотиреоз.
26. Эндемический зоб и другие йоддефицитные заболевания.
27. Острый тиреоидит (бактериальный).
28. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена гранулематозный).
29. Хронический аутоиммунный тиреоидит (Хасимото).
30. Фиброзный тиреоидит Риделя.
31. Хронические специфические тиреоидиты.
32. Радиационные повреждения щитовидной железы.
33. Злокачественные новообразования щитовидной железы.
34. Эндокринная офтальмопатия.
35. Ожирение и метаболический синдром.
36. Ожирение и сахарный диабет.
37. Ожирение и репродуктивная функция.
38. Лечение ожирения. Профилактика ожирения.
39. Сахарный диабет.
40. Гиперинсулинизм.
41. Глюкагонома.
42. Соматостатинома.
43. Физиология половых желез.
44. Пороки развития половых органов.
45. Гипогонадизм.
46. Преждевременное половое созревание.
47. Синдром поликистозных яичников.
48. Климактерический синдром.
49. Оценка иммунного статуса при эндокринных заболеваниях.
50. Коррекция иммунного статуса при эндокринных заболеваниях.
51. Кортикостерома (синдром Иценко – Кушинга).

52. Первичный альдостеронизм (синдром Конна).
53. Андростерома.
54. Кортикоэстрома.
55. Гормонально неактивные опухоли надпочечников.
56. Хроническая надпочечниковая недостаточность.
57. Острая надпочечниковая недостаточность.
58. Врожденная дисфункция коры надпочечников.
59. Феохромоцитома.
60. Гиперпаратиреоз.
61. Гипопаратиреоз.
62. Рак околощитовидных желез.

Критерии выставления оценок промежуточного контроля знаний

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

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

7.1. Основная литература

1. Аметов А.С. Ожирение : современный взгляд на патогенез и терапию : учебное пособие для подготовки кадров высшей квалификации в системе последиplomного образования по специальности "Эндокринология". - Т. 1 / [Тертычная Е. А. и др.]. / А. С. Аметов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 382 с. (НБЧР-1)
2. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения : в 7 т. Т. 5 / А. С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 278, [10] с. (РНМБ-2)
3. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения : в 7 т. Т. 6 / А. С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 152, [8] с. (РНМБ-2)
4. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения : в 7 т. Т. 7 / А. С. Аметов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 237, [3] с. (РНМБ-2)
5. Аметов А.С. Эндокринология : учебник для студентов медицинских вузов / А. С. Аметов, С. Б. Шустов, Ю. Ш. Халимов ; Министерство образования и науки Российской Федерации. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 345, [7] с. (РНМБ-1)
6. 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. Креминская. – М.: Медицина, 2005. - 512 с. (РНМБ - 1)

7. Веселов С.В. Лекарственные препараты : практикум для ординаторов клинических кафедр / С. В. Веселов, Н. Ю. Колгина ; под общей ред. С. Б. Марасанова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 215 с. (НБЧР-1)
8. Гинекологическая эндокринология : клинические лекции : [руководство для врачей] / И. Б. Манухин [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 296 с. (НБЧР-1)
9. Гиперандрогения и репродуктивное здоровье женщины: производственно-практическое издание / Ю.Э. Доброхотова, З.Э. Рагимова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 144 с. - (Библиотека врача-специалиста. Эндокринология) (РНМБ - 1)
10. 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)
11. 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)
12. 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)
13. 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)
14. Детская эндокринология : атлас / [Е. А. Богова и др.] ; под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 237 с. (НБЧР-1)
15. Детская эндокринология : учебник : [по специальностям 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.02 "Педиатрия"] / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева ; Министерство образования и науки Российской Федерации. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 249, [7] с. (РНМБ-1) (НБЧР-1)
16. 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)
17. 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)
18. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний: краткое руководство / под ред. Т.Н. Марковой. - Чебоксары: Изд-во ЧГУ, 2011. - 329 с. (НБ ЧР - 5)
19. Древаль А.В. Эндокринология : общие вопросы диагностики болезней, современные знания об эндокринной системе и клиническая практика, клиническая эндокринология / А. В. Древаль. - Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2016. - 533 с. (НБЧР - 1)
20. Древаль А.В. Эндокринология. Общие вопросы диагностики болезней. Современные знания об эндокринной системе и клиническая практика. Клиническая эндокринология : руководство для врачей / А. В. Древаль. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 533, [11] с. (РНМБ-1)
21. Мадянов И.В. Менопаузальная гормональная терапия. В помощь терапевту и врачу общей практики : монография / И. В. Мадянов, Т. С. Мадянова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. : табл. - (Библиотека врача-специалиста) (Библиотека врача-специалиста. Гинекология. Терапия. Эндокринология). (РНМБ-2)
22. Мкртумян А.М. Неотложная эндокринология : [учебное пособие] / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. - 2-е издание, исправленное и дополненное. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 (Чебоксары : ИПК "Чувашия"). - 127 с. (НБЧР-1)
23. Мкртумян А.М. Неотложная эндокринология : учебное пособие / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. (РНМБ-1)

24. Репродуктивная эндокринология : избранные главы 17, 18, 19 и 20 из "Williams Textbook of Endocrinology", 13th edition / Ш. Мелмед [и др.] ; под ред.: И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. на рус. яз. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 503, [1] с. (НБЧР-1)
25. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины : руководство / Э. К. Айламазян, Е. И. Абашова [и др.] ; ред. Э. К. Айламазян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 428, [4] с. : (Руководство для врачей). (РНМБ-1)
26. Ткачук В.А. Основы молекулярной эндокринологии. Рецепция и внутриклеточная сигнализация : учебное пособие / В. А. Ткачук, А. В. Воротников, П. А. Тюрин-Кузьмин ; М-во образования и науки РФ ; под ред. В. А. Ткачука. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. (РНМБ-1)
27. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии : руководство для врачей / С. Б. Шустов, Ю. Ш. Халимов, В. В. Салухов, Г. Е. Труфанов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 266, [6] с. (РНМБ-1)
28. Эндокринные заболевания у детей и подростков : руководство для врачей / Е. Б. Башнина, О. С. Берсенева [и др.] ; ред. Е. Б. Башнина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 411, [5] с. (РНМБ-2)
29. Эндокринология : [клинические рекомендации] / Российская ассоциация эндокринологов ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко ; [отв. ред. Юкина М. Ю.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 591 с. (НБЧР-1)
30. Эндокринология : национальное руководство / [Абдулхабирова Ф. М. и др.] ; Рос. ассоц. эндокринологов ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко ; [отв. ред. Воронкова И. А.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1111 с. (НБЧР-1)
31. Эндокринология : национальное руководство / [Абдулхабирова Ф. М. и др.] ; Рос. ассоц. мед. обществ по качеству ; Рос. ассоц. эндокринологов ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1111, [1] с., (НБЧР - 1)
32. Эндокринология : клинические рекомендации / Ф. М. Абдулхабирова, А. Ю. Абросимов [и др.] ; ред.: И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко ; Российская ассоциация эндокринологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592, [1] с.) (РНМБ-1)
33. Эндокринология. Стандарты медицинской помощи [Текст] : справочное издание / сост.: А. С. Дементьев, Н. А. Калабкин, С. Ю. Кочетков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 600, [8] с. : табл. - (Стандарты медицинской помощи). (РНМБ-1)

7.2. Дополнительная литература

1. Белялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности : монография / Ф. И. Белялов. - 10-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 544 с. (РНМБ-1)
2. Гериатрия : руководство для врачей / [Абдулкадыров Кудрат Мугутдинович и др.] ; под ред. Л. П. Хорошиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 698 с. (НБЧР-1)
3. Громова О.А. Витамин D - смена парадигмы : [монография] / О. А. Громова, И. Ю. Торшин ; под ред.: Е. И. Гусева, И. Н. Захаровой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 568, [8] с. (РНМБ-1)
4. Клинические рекомендации по кардиологии : руководство / С. Г. Куклин, О. Н. Миллер [и др.] ; ред. Ф. И. Белялов. - 8-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 285, [3] с. - (Библиотека врача-специалиста : БВС. Кардиология). (РНМБ-2)
5. Основы внутренних болезней : учебное пособие [для студентов 3-4 курсов стоматологических факультетов, интернов, ординаторов, аспирантов] : в 2 т. / Л. М. Карзакова [и др.] ; М-во образования и науки Российской Федерации, ФГБОУ ВО "Чуваш. гос. ун-т им. И. Н. Ульянова" ; [отв. ред. Л. М. Карзакова]. - Чебоксары : Издательство Чувашского университета, 2016 - 2017. Т. 2 : Основы гастроэнтерологии, нефрологии, эндокринологии, гематологии. Неотложные состояния. - 2017. - 267 с. (НБЧР-1)

6. ЭКО при гинекологических и эндокринных заболеваниях : монография / Т. А. Назаренко, К. В. Краснопольская [и др.] ; ред. Т. А. Назаренко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 169, [7] с. (РНМБ-1)

7.3. Нормативные документы

1. "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год": Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 N 1382. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

2. "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)

3. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)": приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н (ред. от 11.06.2015) (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960). // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

4. "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)

5. 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. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при детям при хронической надпочечниковой недостаточности: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 863н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

2. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном гипотиреозе и дисгормональном зобе: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 701н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

3. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при врожденных адреногенитальных нарушениях, связанных с дефицитом ферментов: Пприказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1275н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

4. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при гипогонадизме: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 847н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

5. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при гипопаратиреозе: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 848н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

6. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при других нарушениях накопления липидов (болезни Гоше): приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1200н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

7. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при задержке полового развития: приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1422н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

8. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при задержке роста: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 857н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)

9. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при инсулинзависимом сахарном диабете: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 750н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
10. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при инсулиннезависимом сахарном диабете: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 856н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
11. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при несахарном диабете: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 844н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
12. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при ожирении: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 851н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
13. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при преждевременном половом созревании, в том числе вторичного генеза: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 725н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
14. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при тиреотоксикозе: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 872н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
15. Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при тиреотоксикозе: приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 655н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
16. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при гипогонадизме: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 780н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
17. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при дисфункции яичников: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 760н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
18. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при кистозном фиброзе: приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1206н // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
19. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при нетоксическом зобе: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 692н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
20. 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)
21. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при первичном гипотиреозе: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 735н. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
22. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при подостром тиреоидите: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 874н. - КонсультантПлюс: справочно-правовая система. // КонсультантПлюс : [справочно-правовая система]. – (дата обращения 03.02.2016)
23. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы: приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 751н. // 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://medicinformat.net): Медицинская информационная сеть. – Режим доступа: <http://medicinformat.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)