


Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Матвеев Роман Сталитарьевич  
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 Нейроэндокринология

### Б1.В.ДВ.2.1

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

Рабочая программа по дисциплине «Нейроэндокринология» 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, Яценко И.А., к.м.н., доцент

## Рабочая программа учебной дисциплины Нейроэндокринология

### 1. Цели и задачи дисциплины

**Цель освоения дисциплины:** получение углубленных знаний по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике, профилактике и лечению нейроэндокринных заболеваний; приобретение практических навыков и умений по диагностике, лечению и профилактике заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы.

#### **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 urgentных 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 «Нейроэндокринология» 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 «Нейроэндокринология» у ординатора должны быть сформированы знания, умения, навыки, характеризующие этапы формирования компетенций и обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы ординатуры:

<b>Компетенция</b>	<b>Планируемые результаты освоения дисциплины</b>
<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><li>– основы юридического права в эндокринологии;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <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 нейроэндокринных 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 нейроэндокринологической патологии.</li> </ul>
<b>Профессиональные компетенции (ПК):</b>	
<b>профилактическая деятельность:</b>	
<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 нейроэндокринологии.</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 тироток-</li> </ul>

	<p>сикоза и офтальмопатию;</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>– 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 полученных результатов;</li> <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 нейро-эндокринологических 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>
<p><b>диагностическая деятельность:</b></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 (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</li> </ul>

выявление врожденного гипотиреоза;

- клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей эндокринных желез, их диагностику, принципы лечения и профилактику;
- общие и специальные методы исследования в эндокринологии;
- этиологию опухолей, морфологическую классификацию опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма;
- роль генетических факторов в развитии нейроэндокринологических 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.

**уметь:**

- 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 скинтиграммы 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: оксигеносупраренотомографии, скинтиграфии 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.

	<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> <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 офтальмопатии;</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> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <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</li> </ul>



	<p>санаторно-курортного лечения.</p> <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</li> </ul>

	«врач-среда».
<b>организационно-управленческая деятельность:</b>	
– Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)	<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 медицинской помощи;</li> <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 144 часа, 4 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>	78	-	-	-	78
В том числе:	-	-	-	-	-
Лекции	4	-	-	-	4
Практические занятия	74	-	-	-	74
Семинары					
Лабораторные занятия					
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	66	-	-	-	66
В том числе:	-	-	-	-	-
<i>Другие виды самостоятельной работы (подготовка к практическим занятиям, работа с отечественной и зарубежной литературой, работа с Интернет-ресурсами)</i>	66	-	-	-	66
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		-	-	-	зачет
Общая трудоемкость час зач. ед.	144	-	-	-	144
	4	-	-	-	4

## 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>Анатомия и физиология гипоталамо-гипофизарной системы</b>	<b>52</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>20</b>
1.1	Физиология гормона роста	12	2	6	4
1.2	Физиология системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники	10		6	4
1.3	Физиология антидиуретического гормона	10		6	4
1.4	Физиология гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа	10		6	4
1.5	Физиология гипоталамус-гипофиз-половые железы	10		6	4
<b>2</b>	<b>Патология гипоталамо-гипофизарной системы</b>	<b>92</b>	<b>2</b>	<b>44</b>	<b>46</b>
2.1	Синдром гиперпролактинемии	16	2	8	6
2.2	Акромегалия и гигантизм	14		8	6
2.3	Болезнь Иценко-Кушинга	14		8	6
2.4	Несахарный диабет. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона	16		10	6
2.5	Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (вторичный и третичный гипогонадизм, вторичная и третичная надпочечниковая недостаточность, вторичный и третичный гипотиреоз, дефицит гормона роста у взрослых)	8		2	6
2.6	Синдром «пустого» турецкого седла	6		2	4
2.7	Гормонально-неактивные аденомы гипофиза	6		2	4
2.8	Диэнцефальный синдром, нейроэндокринная форма (пубертатно-юношеский диспитуитаризм)	6		2	4
2.9	Жировая ткань как эндокринный орган	6		2	4
	<b>ВСЕГО по дисциплине</b>	<b>144</b>	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>66</b>

## **6. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины**

### **6.1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

Текущий контроль знаний проводится в форме тестирования, выполнения и защиты рефератов.

#### **Вопросы для тестирования:**

**1. 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

**2. 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

**3. 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

**4. В патогенезе болезни Иценко - Кушинга играет роль все перечисленное, кроме**

- а) снижения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
- б) повышения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
- в) повышения уровня серотонина
- г) повышения уровня АКТГ
- д) повышения уровня кортизола

**5. Повышение продукции глюкокортикоидов приводит ко всему перечисленному, кроме**

- а) похудения
- б) ожирения
- в) появления на коже стрий
- г) остеопороза
- д) артериальной гипертензии

**6. Гиперглюкокортицизм обуславливает все перечисленное, кроме**

- а) понижения резистентности к инфекциям
- б) нарушения углеводного обмена
- в) матронизма
- г) камней в почках
- д) снижения кровяного давления

**7. Усиление функции сетчатой зоны коры надпочечников обуславливает у женщин все перечисленное, кроме**

- а) гипертрихоза
- б) дисфункции яичников
- в) аменореи
- г) сахарного диабета

д) акневульгарис

**8. Патологоанатомические изменения при болезни Иценко – Кушинга характеризуются наличием всего перечисленного, кроме**

- а) пролактиномы
- б) базофильной аденомы гипофиза
- в) смешанной аденомы гипофиза
- г) гиперплазии базофильных клеток
- д) атрофии половых желез

**9. Тяжелая форма болезни Иценко - Кушинга характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) прогрессирующей мышечной слабости
- б) патологическими переломами костей
- в) сердечно-сосудистой недостаточности
- г) тяжелыми психическими расстройствами
- д) сохраненным менструальным циклом

**10. Больные болезнью Иценко - Кушинга предъявляют все перечисленные жалобы, за исключением**

- а) общей слабости
- б) головной боли
- в) похудания
- г) болей в спине и конечностях
- д) изменения внешности

**11. Кожные изменения при болезни Иценко - Кушинга характеризуются всем перечисленным, кроме**

- а) сухости
- б) повышенной влажности (гипергидроза)
- в) наличия красновато-фиолетовых стрий
- г) внутрикожных кровоизлияний
- д) гирсутизма

**12. Костные изменения при болезни Иценко - Кушинга могут проявляться всем перечисленным, кроме**

- а) деформации и переломов костей
- б) остеопороза
- в) задержки роста в детском возрасте
- г) болевого синдрома различной интенсивности и длительности
- д) гиперостоза

**13. Генез остеопороза при болезни Иценко - Кушинга обусловлен всем перечисленным, кроме**

- а) дефицита тирокальцитонина
- б) дефицита паратгормона
- в) избытка паратгормона
- г) избытка глюкокортикоидов
- д) недостатка солей кальция в костной ткани

**14. Сердечно - сосудистые нарушения при болезни Иценко - Кушинга проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) брадикардии
- б) тахикардии
- в) артериальной гипертензии
- г) электролитно-стероидной кардиопатии
- д) гипертрофии левого желудочка сердца

**15. Артериальная гипертензия при болезни Иценко - Кушинга обусловлена всем перечисленным, кроме**

- а) нарушения центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса
- б) повышения функции коры надпочечников
- в) вторичного альдостеронизма
- г) снижения выделения ренина
- д) хронического пиелонефрита

**16. Электрокардиографические изменения при болезни Иценко - Кушинга проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) левограммы
- б) понижения зубца Т
- в) повышения зубца Т
- г) удлинения интервала Q-T
- д) понижения сегмента S-T

**17. Патология почек и мочевыводящих путей при болезни Иценко - Кушинга проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) мочекаменной болезни
- б) пиелонефрита
- в) нефросклероза
- г) почечной недостаточности
- д) гипокальциурии

**18. Стероидный диабет характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) необходимости инсулинотерапии
- б) гиперинсулиемии
- в) инсулинорезистентности
- г) стабильного течения
- д) хорошего эффекта от терапии сахароснижающими средствами

**19. Болезнь Иценко - Кушинга в детском возрасте проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) задержки роста
- б) ускорения роста
- в) задержки полового развития
- г) задержки дифференцировки скелета
- д) матронизма

**20. К осложнениям при болезни Иценко - Кушинга относится все перечисленное, кроме**

- а) гипотензии
- б) пневмонии
- в) кровоизлияния в мозг
- г) психических нарушений
- д) почечной недостаточности

**21. Синдром Нельсона характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) высокого уровня АКТГ в крови
- б) наличия эндоселлярной опухоли
- в) гиперпигментации кожи
- г) высокого уровня кортизола в крови
- д) двусторонней адреналэктомии

**22. Лабораторные данные при болезни Иценко - Кушинга выявляют все перечисленное, кроме**

- а) тромбоцитопении
- б) эритроцитоза
- в) эозинопении

- г) лимфоцитопении
- д) нейтрофильного лейкоцитоза

**23. Активная стадия болезни Иценко - Кушинга характеризуется всеми перечисленными изменениями лабораторных данных, кроме**

- а) гипокалиемии
- б) гиперкалиемии
- в) гипофосфатемии
- г) снижения активности щелочной фосфатазы
- д) понижения толерантности к углеводам

**24. Суточный ритм АКТГ и кортикостероидов при активной стадии болезни Иценко - Кушинга характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) извращен
- б) подъем к вечеру
- г) не нарушен
- г) максимальный подъем ночью
- д) минимальный подъем утром

**25. Для подтверждения диагноза аденоматоза коры надпочечников при доказанном синдроме Иценко - Кушинга с гиперплазией надпочечников необходимо исследование**

- а) суточного ритма кортизола
- б) большой пробы с дексаметазоном
- в) уровня АКТГ в крови
- г) суточного ритма АКТГ
- д) пробы с L-ДОПА

**26. К диагностическим пробам при болезни Иценко - Кушинга относятся все перечисленные, кроме**

- а) "малой" пробы с дексаметазоном
- б) "большой" пробы с дексаметазоном
- в) пробы с тиреолиберином
- г) пробы с метопироном
- д) пробы с церукалом

**27. Отрицательный результат большой пробы с дексаметазоном позволяет исключать**

- а) болезнь Иценко - Кушинга
- б) аденоматоз коры надпочечников
- в) глюкостерому
- г) эктопический АКТГ-синдром
- д) кортикостерому

**28. Рентгенодиагностика при болезни Иценко - Кушинга выявляет все перечисленное, кроме**

- а) остеопороза спинки турецкого седла
- б) остеопороза тел позвонков
- в) гиперплазии обоих надпочечников
- г) увеличения одного надпочечника при отсутствии другого
- д) внутричерепной гипертензии

**29. К методам исследования, необходимым для дифференциальной диагностики аденоматоза коры надпочечников, относятся все перечисленные, кроме**

- а) сканирования надпочечников
- б) "малой" пробы с дексаметазоном
- в) "большой" пробы с дексаметазоном
- г) уровня АКТГ в крови
- д) ультразвукового исследования надпочечников

**30. Дифференциальную диагностику болезни Иценко - Кушинга следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме**

- а) гипоталамического синдрома с нарушением жирового обмена и гипертензией
- б) глюкостеромы
- в) эктопированного АКТГ-синдрома
- г) ожирения с артериальной гипертензией
- д) гипотиреоза

**31. Медикаментозный синдром Иценко - Кушинга проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) похудения
- б) гипокалиемии
- в) остеопороза
- г) повышения кровяного давления
- д) прибавки веса

**32. Наиболее щадящими методами лучевой терапии при болезни Иценко - Кушинга являются все перечисленные, кроме**

- а) рентгенотерапии на гипоталамо-гипофизарную область
- б) телегамматерапии
- в) протонотерапии
- г) введения радиоизотопов в гипофиз (иттрий-90)
- д) введения в гипофиз радиоактивного золота

**33. Клиническая ремиссия после лучевой терапии при болезни Иценко - Кушинга наступает через**

- а) 1-2 мес
- б) 3-4 мес
- в) 5-6 мес
- г) 7-8 мес
- д) более, чем через 1 год

**34. Показанием для адреналэктомии при болезни Иценко - Кушинга является все перечисленное, кроме**

- а) отсутствия эффекта от консервативных методов терапии
- б) тяжелой формы заболевания
- в) аденоматоза надпочечников
- г) высокого уровня кортизола в крови
- д) непереносимости лекарственной терапии

**35. Блокирование повышенного уровня АКТГ при болезни Иценко - Кушинга осуществляется всеми перечисленными препаратами, кроме**

- а) хлодитана
- б) лучевой терапии на гипоталамо-гипофизарную область
- в) бромкриптина
- г) резерпина
- д) перитола

**36. Парлодел при болезни Иценко - Кушинга назначают в суточной дозе**

- а) 1.25 мг
- б) 2.5-7.5 мг
- в) 15 мг
- г) 20 мг
- д) 25 мг и более

**37. Блокирование кортикостероидов надпочечников при болезни Иценко - Кушинга может проводиться всеми перечисленными препаратами, кроме**

- а) хлодитана
- б) аспирин



- в) мамомита
- г) оримитена
- д) элиптена

**38. Наиболее эффективными консервативными методами лечения болезни Иценко - Кушинга следует считать все перечисленные, кроме**

- а) терапии хлодитаном
- б) терапии парлоделом
- в) комбинированной терапии парлоделом и хлодитаном
- г) терапии мамомитом
- д) терапии оримитеном

**39. Терапевтический эффект хлодитана состоит**

- а) в деструкции коры надпочечников
- б) в подавлении секреции кортиколиберина
- в) в подавлении секреции АКТГ
- г) в подавлении фермента 11- $\beta$ -гидроксилазы
- д) в подавлении фермента 17- $\alpha$ -гидроксилазы

**40. Лечение остеопороза при болезни Иценко - Кушинга включает назначение всех перечисленных препаратов, кроме**

- а) анаболических стероидных препаратов
- б) кальцитрина
- в) кальцитонина
- г) цмбакальцина
- д) паратгормона

**41. Показанием для назначения спиролактонов при болезни Иценко - Кушинга является все перечисленное, кроме**

- а) резкой мышечной слабости
- б) гипотензии
- в) судорог
- г) артериальной гипертензии
- д) электролитных нарушений

**42. Клиническая ремиссия при болезни Иценко - Кушинга проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) нормализации массы тела
- б) уменьшения трофических кожных изменений
- в) снижения кровяного давления
- г) повышения массы тела
- д) нормализации углеводного обмена

**43. Показанием для назначения группы инвалидности при болезни Иценко - Кушинга может быть все перечисленное, кроме**

- а) кровоизлияния в мозг
- б) выраженной сердечно - сосудистой недостаточности
- в) остеопороза
- г) отсутствия осложнений заболевания
- д) переломов позвоночника

**44. Этиологическими факторами гипоталамического синдрома пубертатного периода являются все перечисленные, кроме**

- а) хронических инфекций
- б) травмы черепа
- в) стресса
- г) длительного переизлучения
- д) интоксикации

**45. Патогенез гипоталамического синдрома пубертатного периода (ГСПШ) обусловлен всем перечисленным, кроме**

- а) повышения секреции АКТГ
- б) повышения уровня гонадотропинов
- в) повышения секреции гормонов коры надпочечников
- г) нарушения суточной секреции глюкокортикоидов
- д) нарушения суточной секреции АКТГ

**46. Клинические симптомы при гипоталамическом синдроме пубертатного периода проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) ожирения
- б) истощения
- в) бледно-розовых стрий на коже
- г) замедления полового развития
- д) ускорения полового развития

**47. Симптомы гиперкортицизма при гипоталамическом синдроме пубертатного периода проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) ожирения
- б) наличия стрий на коже туловища и конечностей
- в) транзиторной гипертензии
- г) остеопороза
- д) нарушения углеводного обмена

**48. Психо-эмоциональные расстройства при гипоталамическом синдроме пубертатного периода проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) раздражительности
- б) шизофрении
- в) повышенной утомляемости
- г) депрессии
- д) головных болей

**49. Ожирение при гипоталамическом синдроме пубертатного периода обусловлено всем перечисленным, кроме**

- а) нарушения гонадотропной функции гипофиза
- б) снижения содержания в крови общего тестостерона
- в) нарушения секреции пролактина
- г) гиперинсулинизма
- д) снижения резистентности к инсулину

**50. При исследовании функционального состояния системы гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников при гипоталамическом синдроме пубертатного периода выявляется все перечисленное, кроме**

- а) тесты с АКТГ, метопироном, дексаметазоном - нормальные
- б) тесты с АКТГ, метопироном, дексаметазоном - изменены
- в) уровни ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub> в сыворотке крови в пределах нормы
- г) вариабельности базального уровня СТГ в крови
- д) вариабельности базального уровня пролактина

**51. При гипоталамическом синдроме пубертатного периода отмечается**

- а) положительная малая проба с дексаметазоном
- б) отрицательная малая проба с дексаметазоном
- в) увеличение надпочечников при УЗИ
- г) остеопороз
- д) задержка роста

**52. Гипоталамический синдром пубертатного периода характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) увеличения размеров надпочечников

- б) нормальных размеров надпочечников
- в) отсутствия остеопороза
- г) лабильности кровяного давления
- д) отсутствия увеличения размеров надпочечников

**53. Дифференциальная диагностика гипоталамического синдрома пубертатного периода проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме**

- а) болезни Иценко - Кушинга
- б) глюкостеромы
- в) АКТГ-эктопированного синдрома
- г) ожирения
- д) гипотиреоза

**54. Лечение гипоталамического синдрома пубертатного периода с ожирением включает все перечисленное, кроме**

- а) лучевой терапии на гипоталамо-гипофизарную область
- б) диетотерапии
- в) физической нагрузки
- г) санации очагов хронической инфекции
- д) мочегонных средств

**55. Профилактические мероприятия при гипоталамическом синдроме пубертатного периода включают все перечисленное, кроме**

- а) снижения массы тела при наличии ожирения
- б) санации очаговой инфекции носоглотки
- в) поддержания нормального уровня кровяного давления
- г) снижения массы тела при нормальном весе больного
- д) лечения сопутствующих заболеваний

**56. Прогноз гипоталамического синдрома пубертатного периода благоприятен при всех перечисленных условиях, кроме**

- а) нормализации массы тела при ожирении
- б) нормализации кровяного давления
- в) ликвидации очагов инфекции
- г) нормализации менструального цикла
- д) задержки роста

**57. Этиологическими факторами акромегалии являются все перечисленные, кроме**

- а) соматотропиномы
- б) соматомаммотропной опухоли гипофиза
- в) опухоли гипоталамуса
- г) черепно-мозговой травмы
- д) туберкулезного менингита

**58. Соматотропный гормон (СТГ) способствует всему перечисленному, кроме**

- а) линейного роста тела
- б) роста органов и тканей
- в) синтеза белка
- г) синтеза жира
- д) торможения окисления глюкозы в тканях

**59. Секрцию соматотропного гормона стимулирует все перечисленное, кроме**

- а) соматостатина
- б) адреналина
- в) серотонина
- г) соматолиберина
- д) сна

**60. Секрцию соматотропного гормона подавляет**

- а) стресс
- б) сон
- в) физическая работа
- г) гипергликемия
- д) гипогликемия

**61. Соматотропный гормон обладает всеми перечисленными эффектами, кроме**

- а) диабетогенного
- б) жиromобилизирующего
- в) анаболического
- г) катаболического (катаболизм белка)
- д) нарушения реабсорбции ионов фосфора канальцами почек

**62. Снижение уровня соматомедина С в крови установлено при всех перечисленных состояниях, кроме**

- а) голодания
- б) недостаточного питания
- в) хронического гепатита
- г) хронической почечной недостаточности
- д) беременности

**63. Повышение уровня соматомедина С в крови установлено**

- а) при беременности
- б) при нарушении кишечного всасывания
- в) при циррозе печени
- г) при врожденных пороках сердца
- д) при уремии

**64. Потенцируют действие соматолиберина все перечисленные, кроме**

- а) дексаметазона
- б) простагландинов
- в) кальцитонина
- г) трийодтиронина
- д) тироксина

**65. Соматостатин обнаруживается везде, кроме**

- а) ядер гипоталамуса
- б) эпителия желудочно-кишечного тракта
- в) эпифиза
- г) яичников
- д) D-клеток поджелудочной железы

**66. Патологические изменения при акромегалии характеризуются всем перечисленным, кроме**

- а) наличия аденомы гипофиза
- б) диффузной гиперплазии клеток передней доли гипофиза
- в) утолщения костей скелета, суставных хрящей, капсулы и связок
- г) гипертрофии и гиперплазии эндокринных желез
- д) отсутствия гипертрофии внутренних органов

**67. Для активной стадии акромегалии характерно все перечисленное, кроме**

- а) потливости
- б) артропатии
- в) отеков
- г) гипертрофии мягких тканей
- д) снижения функции щитовидной железы

**68. При росте опухоли гипофиза вперед и вверх выявляются все перечисленные глазные симптомы, кроме**

- а) отсутствия глазной симптоматики
- б) гемианопсии
- в) битемпоральной гемианопсии
- г) атрофии зрительного нерва
- д) слепоты

**69. При сдавлении вентрального гипоталамуса возможно появление всего перечисленного, кроме**

- а) температурных колебаний
- б) булемии
- в) нарушения зрения
- г) изменения характера сна
- д) эмоциональных сдвигов

**70. Для активной стадии акромегалии характерно все перечисленное, исключая**

- а) нарушение углеводного обмена
- б) повышение соматомедина С в крови
- в) повышение соматотропина в крови
- г) снижение неорганического фосфора в крови
- д) повышение неорганического фосфора в крови

**71. Проба с глюкозой при активной стадии акромегалии приводит через 30 мин по сравнению с базальным уровнем соматотропного гормона**

- а) к умеренному повышению его уровня
- б) к чрезмерному повышению его уровня
- в) к отсутствию изменений в уровне СТГ
- г) к выраженному снижению его уровня
- д) к незначительному снижению его уровня

**72. Проба с инсулином в активной стадии акромегалии приводит через 30 мин по сравнению с базальным уровнем соматотропного гормона**

- а) к умеренному повышению его уровня
- б) к чрезмерному повышению его уровня
- в) к умеренному снижению его уровня
- г) к значительному снижению его уровня
- д) к отсутствию изменений уровня СТГ

**73. Проба с тиролиберином при активной стадии акромегалии приводит через 30 мин по сравнению с базальным уровнем соматотропного гормона**

- а) к увеличению его уровня и отсутствию возврата к норме через 2-3 часа
- б) к умеренному снижению уровня
- в) к значительному снижению уровня
- г) к отсутствию изменений уровня
- д) к незначительному увеличению уровня инсулина

**74. Проба с L-ДОПА при активной стадии акромегалии приводит через 30 мин по сравнению с базальным уровнем соматотропного гормона**

- а) к значительному повышению его уровня
- б) к умеренному повышению уровня
- в) к снижению уровня
- г) к значительному снижению уровня
- д) к отсутствию изменений уровня

**75. Данные рентгенологических исследований черепа при наличии макросоматотропиномы характеризуются всем перечисленным, кроме**

- а) увеличения размеров турецкого седла
- б) двуконтурности седла

- в) остеопороза стенок турецкого седла
- г) повышения внутричерепной гипертензии
- д) нормальных размеров турецкого седла

**76. Дифференциальную диагностику акромегалии следует проводить по всем перечисленным заболеваниям, кроме**

- а) синдрома пахидермопериостоза
- б) идиопатических отеков
- в) болезни Педжета
- г) гипотиреоза
- д) бронхогенного рака легкого с эктопической продукцией соматотропного гормона

**77. Лечение активной стадии акромегалии при наличии аденомы гипофиза заключается в назначении всего перечисленного, кроме**

- а) только симптоматической терапии
- б) лучевой терапии на гипоталамо-гипофизарную область (при отказе от операции)
- в) оперативного вмешательства
- г) терапии соматостатином
- д) терапии бромкриптином

**78. Показанием для оперативного вмешательства (гипофизэктомии) является все перечисленное, кроме**

- а) отсутствия эффекта от консервативных методов лечения
- б) роста опухоли гипофиза
- в) наличия аденомы гипофиза
- г) высокого уровня СТГ в плазме
- д) угрозы слепоты

**79. Лучевая терапия при акромегалии показана во всех перечисленных случаях, кроме**

- а) активной стадии акромегалии
- б) незначительного увеличения базального уровня СТГ
- в) роста соматотропиномы при отказе больного от оперативного вмешательства
- г) отсутствия эффекта от медикаментозной терапии
- д) наличия аденомы гипофиза

**80. Противопоказанием для проведения лучевой терапии при акромегалии является все перечисленное, кроме**

- а) лейкоцитопении
- б) тромбоцитопении
- в) отсутствия активности процесса
- г) наличия микросоматотропиномы
- д) наличия гипотиреоза

**81. Действие бромкриптина включает все перечисленное, кроме**

- а) стимуляции допаминовых рецепторов гипоталамуса
- б) уменьшения синтеза соматотропного гормона
- в) уменьшения размеров соматотропиномы
- г) снижения выделения серотонина
- д) стимуляции допаминовых рецепторов гипофиза

**82. Умеренное увеличение базального уровня соматотропного гормона у больных акромегалией отмечается при всех перечисленных состояниях, кроме**

- а) стресса
- б) приема церукала (метоклопрамида)
- в) физической нагрузки
- г) длительного голодания
- д) приема тиреоидных препаратов

**83. Назначение бромкриптина может вызвать все перечисленное, кроме**

- а) повышения кровяного давления
- б) снижения кровяного давления
- в) снижения гликемии
- г) диспепсических явлений
- д) аллергических реакций

**84. Соматостатин не вызывает торможения продукции**

- а) соматотропного гормона
- б) тиреотропного гормона
- в) инсулина
- г) пролактина
- д) эстрогенов

**85. Доза бромкриптина в активной стадии акромегалии составляет**

- а) 1.5 мг
- б) 2.5 мг
- в) 5 мг
- г) 7.5 мг
- д) 10 мг и более

**86. Диспансерное наблюдение за больными акромегалией с наличием опухоли гипофиза включает все перечисленное, кроме**

- а) динамики изменения клинической симптоматики
- б) данных офтальмологического исследования
- в) данных неврологического обследования
- г) данных рентгенологического исследования
- д) проведения пробы с дексаметазоном

**87. Показанием для установления инвалидности при акромегалии является все перечисленное, кроме**

- а) уровня соматотропного гормона
- б) наличия аденомы
- в) офтальмологических проявлений заболевания
- г) хирургического вмешательства на гипофизе
- д) нарушения опорно-двигательного аппарата

**88. Этиологическими факторами синдрома Симмондса - Шиена являются все перечисленные, кроме**

- а) опухоли гипофиза
- б) опухоли гипоталамуса
- в) нейроинфекции
- г) травмы черепа
- д) стрессов

**89. Развитие синдрома Симмондса - Шиена может быть обусловлено всеми перечисленными причинами, исключая**

- а) длительное голодание
- б) кровоизлияние в аденогипофиз
- в) некроз гипофиза
- г) обильные кровотечения во время родов, аборта
- д) гипофизэктомия

**90. К развитию синдрома Симмондса - Шиена может привести все перечисленное, кроме**

- а) сепсиса
- б) тромбоэмболии сосудов гипофиза
- в) лучевой терапии гипоталамо-гипофизарной области
- г) тяжелой физической нагрузки

д) гранулематозных заболеваний

**91. При синдроме Симмондса выявляется все перечисленное, кроме**

- а) снижения секреции тиреотропного гормона
- б) снижения секреции АКТГ
- в) повышения секреции АКТГ
- г) снижения секреции фолликулостимулирующего гормона
- д) снижения секреции лютеинизирующего гормона

**92. Патологические изменения при синдроме Симмондса включают все перечисленное, кроме**

- а) гипертрофических процессов во всех органах и тканях
- б) кровоизлияний, некрозов и воспалительных процессов в передней доле гипофиза
- в) кровоизлияний, некрозов и воспалительных процессов в гипоталамусе
- г) атрофических процессов во всех органах и тканях
- д) опухоли гипофиза

**93. Больные при синдроме Симмондса предъявляют все перечисленные жалобы, кроме**

- а) нарастающей слабости
- б) апатии
- в) булемии
- г) отечности лица и конечностей
- д) похудания

**94. При синдроме Симмондса больные предъявляют все перечисленные жалобы, исключая**

- а) отсутствие аппетита
- б) возбудимость
- в) зябкость
- г) сонливость
- д) нарушение половой функции

**95. При синдроме Симмондса выявляется все перечисленное, кроме**

- а) спланхомикрии
- б) брадикардии
- в) артериальной гипотензии
- г) отсутствия волос в подмышечных областях и на лобке
- д) гипергидроза

**96. Электрокардиографические изменения при синдроме Симмондса проявляются всем перечисленным, за исключением**

- а) низкого вольтажа зубцов
- б) брадикардии
- в) дистрофических изменений миокарда
- г) тахикардии
- д) снижения интервала S-T

**97. Расстройства пищеварения при синдроме Симмондса проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) тошноты, рвоты
- б) повышения желудочной секреции
- в) атонии кишечника
- г) снижения желудочной секреции
- д) снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы

**98. Нарушения нервно-психической сферы при синдроме Симмондса проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) депрессии
- б) сонливости



- в) тяжелой апатии
- г) вялости
- д) повышенной возбудимости

**99. Поражения эндокринной системы при синдроме Симмондса проявляются в виде нарушения всего перечисленного, кроме**

- а) околощитовидных желез
- б) щитовидной железы
- в) коры надпочечников
- г) половых желез
- д) гипофиза

**100. Нарушение функций щитовидной железы при синдроме Симмондса проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) сухости кожи
- б) брадикардии
- в) тахикардии
- г) упорных запоров
- д) гипотермии

**101. Нарушение половой функции при синдроме Симмондса проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) нарушения менструального цикла у женщин
- б) гипертрихоза
- в) исчезновения вторичных половых признаков
- г) импотенции у мужчин
- д) снижения либидо

**102. Нарушение функции коры надпочечников при синдроме Симмондса проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) адинамии
- б) артериальной гипотензии
- в) склонности к гипогликемии
- г) прибавки веса
- д) тошноты, рвоты

**103. Для синдрома Шиена характерно все перечисленное, кроме**

- а) развития заболевания после родов
- б) снижения функции щитовидной железы
- в) кахексии
- г) снижения половой функции
- д) нормальной массы тела

**104. Развитие гипоталамо-гипофизарной комы может быть обусловлено всем перечисленным, кроме**

- а) физической травмы
- б) применения кортикостероидов
- в) психической травмы
- г) операции
- д) стрессовой ситуации

**105. Гипотиреоидный вариант гипоталамо-гипофизарного криза проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) сонливости
- б) гипотермии
- в) брадикардии
- г) тахикардии
- д) гипотензии

**106. Гипогликемический вариант гипоталамо-гипофизарного криза может проявляться всем перечисленным, кроме**

- а) повышения сахара в крови
- б) психического возбуждения
- в) двигательного возбуждения
- г) резкого снижения сахара в крови
- д) потливости

**107. При гипоталамо-гипофизарной коме в крови выявляют все перечисленное, кроме**

- а) низкого уровня АКТГ
- б) низкого уровня тиреотропного гормона
- в) высокого уровня АКТГ
- г) низкого уровня кортизола
- д) низкого уровня соматотропного гормона

**108. Развитие острой надпочечниковой недостаточности может быть вызвано всем перечисленным, кроме**

- а) физической травмы
- б) психической травмы
- в) операции
- г) стресса
- д) применения кортикостероидов

**109. Синдром Симмондса характеризуется всеми перечисленными изменениями в крови, кроме**

- а) нормохромной или гипохромной анемии
- б) гипокалиемии
- в) умеренной эозинофилии
- г) лейкопении
- д) гипонатриемии

**110. Исследование гормонального профиля при гипопитуитаризме выявляет все перечисленное, кроме**

- а) низкого уровня в крови АКТГ
- б) низкого уровня в крови тиреотропного гормона
- в) низкого уровня фолликулостимулирующего гормона
- г) повышенного уровня АКТГ
- д) низкого уровня лютеинизирующего гормона

**111. Для опухолевого генеза гипопитуитаризма характерно все перечисленное, кроме**

- а) головной боли
- б) отсутствия изменений на ЭКГ
- в) битемпоральной гемианопсии
- г) снижения остроты зрения
- д) симптомов поражения ЦНС (нарушение терморегуляции, сонливость, изменения личности и т.п.)

**112. При снижении секреции гонадотропинов у женщин при гипопитуитаризме выявляется все перечисленное, кроме**

- а) молочные железы не уменьшаются в размерах
- б) выпадения волос на лобке и в подмышечных впадинах
- в) атрофии половых органов
- г) нарушения менструального цикла вплоть до аменореи
- д) снижения либидо

**113. У мужчин снижение секреции гонадотропинов сопровождается всем перечисленным, кроме**

- а) снижения обоняния
- б) снижения либидо и потенции
- в) снижения слуха
- г) уменьшения размеров яичек
- д) выпадения волос на лице и в подмышечных впадинах

**114. Для диагностики гипогонадотропного гипогонадизма используют все перечисленные методы, кроме**

- а) определения уровня гонадотропинов в крови
- б) определения половых гормонов в крови
- в) определения экскреции половых гормонов с мочой
- г) пробы с синактеном

**115. Для диагностики вторичного гипотиреоза используют все перечисленные методы, кроме**

- а) определения уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови
- б) определения уровня тиреоидных гормонов в крови
- в) пробы с тиреотропным гормоном
- г) пробы с метопироном
- д) пробы с тиролиберинном

**116. Недостаточность секреции АКТГ подтверждается определением всего перечисленного, кроме**

- а) уровня АКТГ и кортизола в сыворотке крови
- б) проведения пробы с синактеном
- в) экскреции кортикостероидов с мочой
- г) пробы с метопироном
- д) пробы с тиролиберинном

**117. Для синдрома Шмидта характерно все перечисленное, кроме**

- а) тиреотоксикоза
- б) гипотиреоза
- в) надпочечниковой недостаточности
- г) увеличения антител к тиреоглобулину
- д) увеличения антител к клеткам поджелудочной железы

**118. Для первичного гипотиреоза в отличие от вторичного характерно все перечисленное, кроме**

- а) повышенного уровня тиреотропного гормона
- б) пониженного уровня тиреотропного гормона
- в) пробы с тиротропином не приводят к увеличению уровней Т<sub>3</sub> и Т<sub>4</sub> более, чем на 50%
- г) введение тиротропина не приводит к увеличению поглощения <sup>131</sup>J щитовидной железой
- д) снижения уровня Т<sub>4</sub>

**119. Дифференциальную диагностику гипопитуитаризма следует проводить со всеми перечисленными состояниями, кроме**

- а) алиментарной дистрофии
- б) первичной недостаточности яичников
- в) тиреотоксикоза
- г) злокачественных новообразований
- д) хронических нейроинфекций

**120. Заместительная терапия при гипоталамо-гипофизарной недостаточности включает назначение всех перечисленных средств, кроме**

- а) инсулина

- б) кортикостероидов
- в) половых гормонов
- г) гипофизарных гормонов
- д) тиреоидных препаратов

**121. Лечение гипоталамо-гипофизарной комы включает все перечисленное, кроме**

- а) внутривенного введения 100-150 мг гидрокортизона
- б) внутривенного введения 5% глюкозы вместе с изотоническим раствором хлорида натрия 300 мл
- в) устранения гипоксии
- г) внутривенного введения трийодтиронина одновременно с кортикостероидами
- д) введения тиреоидных препаратов через 12-24 часа после начала лечения глюкокортикоидами

**122. Профилактика синдрома Шиена включает все перечисленное, кроме**

- а) предупреждения лечения родовых инфекций, сепсиса, шока, кровотечений, родовых травм
- б) своевременной диагностики заболевания
- в) постоянного врачебного контроля
- г) своевременной адекватной терапии заболевания
- д) врачебного контроля за больной, особенно в стрессовой ситуации и при сопутствующих заболеваниях

**123. Больные с гипоталамо-гипофизарной недостаточностью без адекватной терапии могут погибнуть от всего перечисленного, за исключением**

- а) острой надпочечниковой недостаточности
- б) гипотиреоидной комы
- в) сердечно-сосудистой недостаточности
- г) присоединившейся острой инфекции
- д) гонадотропной недостаточности

**124. Этиологическими факторами синдрома лактореи-аменореи могут быть все перечисленные, кроме**

- а) пролактиномы
- б) смешанных аденом гипофиза
- в) опухоли гипоталамуса
- г) нейроинфекции
- д) вторичного гипотиреоза

**125. К эндокринно-активным аденомам гипофиза относится все перечисленное, кроме**

- а) пролактиномы
- б) соматотропиномы
- в) онкозома
- г) кортикотропиномы
- д) соматомаммотропиномы

**126. Внутричерепные нарушения, вызывающие галакторею, могут быть обусловлены всем перечисленным, кроме**

- а) спазма сосудов головного мозга
- б) опухоли гипофиза
- в) опухоли головного мозга, вызывающей нарушения гипоталамуса
- г) церебральных травм
- д) нейроинфекции

**127. Гиперпролактинемия может привести ко всему перечисленному, кроме**

- а) снижения уровня фолликулостимулирующего гормона
- б) повышения уровня фолликулостимулирующего гормона
- в) снижения уровня лютеинизирующего гормона

г) лактореи

д) аменореи

**128. Физиологическими стимуляторами пролактина являются все перечисленные, кроме**

а) допамина

б) тиролиберина

в) серотонина

г) простагландинов

д) эстрогенов

**129. Гиперпролактинемия может быть обусловлена всеми перечисленными локальными стимулами, кроме**

а) стимуляции соска

б) опухоли грудных желез

в) фурункулеза

г) герпес зостер

д) операции и повреждения грудной клетки

**130. Физиологическими и фармакологическими блокаторами пролактина являются**

а) допамин

б) стресс

в) длительное голодание

г) физическая нагрузка

д) тиролиберин

**131. Патоморфологически для синдрома лактореи-аменореи характерно все перечисленное, кроме**

а) атрофии матки

б) атрофии яичников

в) наличия нередко хромофобной аденомы гипофиза

г) атрофии надпочечников

д) поликистоза яичников

**132. Для синдрома лактореи-аменореи характерно все перечисленное, кроме**

а) гипертрихоза

б) бесплодия

в) избыточной массы тела

г) повышения кровяного давления

д) галактореи

**133. Для синдрома лактореи-аменореи при гинекологическом обследовании характерно все перечисленное, за исключением**

а) ректальная температура не изменена

б) атрофии матки

в) атрофии яичников

г) отрицательного симптома зрачка

д) монотонной ректальной температуры

**134. Стертые формы гиперпролактинемического синдрома могут проявляться всем перечисленным, кроме**

а) только галактореи

б) только аменореи

в) персистирующей галактореи

г) нарушения менструального цикла

д) всегда повышенных цифр базального пролактина в крови

**135. При наличии аденомы гипофиза могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме**

- а) битемпоральной гемианопсии
- б) повышения функции надпочечников
- в) гипопитуитаризма
- г) сдавления опухолью жизненно важных центров головного мозга
- д) острого кровоизлияния в опухоль

**136. Для синдрома лактореи-аменореи характерно повышение всех следующих гормонов, кроме**

- а) пролактина
- б) адренокортикотропного гормона
- в) антидиуретического гормона
- г) лютеинизирующего гормона
- д) фолликулостимулирующего гормона

**137. Об опухолевом генезе синдрома лактореи-аменореи свидетельствует все перечисленное, кроме**

- а) высокого уровня пролактина
- б) снижения фолликулостимулирующего гормона
- в) снижения базального уровня соматотропного гормона
- г) снижения уровня АКТГ
- д) снижения уровня лютеинизирующего гормона

**138. При синдроме лактореи-аменореи проводят все следующие пробы, кроме**

- а) метоклопрамидом (церукалом)
- б) тиролиберином
- в) парлоделом
- г) инсулином
- д) гонадотропин-рилизинг фактором

**139. Ранними симптомами развития микропролактиномы являются все перечисленные, кроме**

- а) отсутствия повышения внутричерепного давления
- б) локального остеопороза стенок турецкого седла
- в) двуконтурности дна турецкого седла
- г) частичного или тотального истончения передних или задних клиновидных отростков

**140. Лакторея может наблюдаться при всем перечисленном, кроме**

- а) феохромоцитомы
- б) синдрома персистирующей лактореи-аменореи
- в) первичного гипотиреоза
- г) акромегалии
- д) синдрома Штейн - Левенталя

**141. Дифференциальный диагноз синдрома галактореи-аменореи следует проводить со всеми следующими заболеваниями, кроме**

- а) первичного гипотиреоза
- б) синдрома Штейна - Левенталя
- в) опухоли, продуцирующей эстрогены
- г) первичного альдостеронизма
- д) первичного гипогонадизма

**142. Гиперпролактинемия выявляется при всех следующих заболеваниях, кроме**

- а) синдрома лактореи-аменореи
- б) женского бесплодия
- в) первичного мужского гипогонадизма

г) первичного гипотиреоза

д) болезни Аддисона

**143. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении всех перечисленных препаратов, кроме**

а) нейролептиков

б) антидепрессантов

в) резерпина и производных раувольфии

г) оральных контрацептивов

д) тиреоидных препаратов

**144. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении всех перечисленных препаратов, кроме**

а) церукала, реглана

б) кортикостероидов

в) допегита

г) алкоголя

д) наркотиков

**145. Эктопированная продукция пролактина наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме**

а) бронхогенной карциномы

б) гипернефромы

в) опухоли яичников

г) рака желудка

д) хорионкарциномы

**146. Гиперпролактинемия может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме**

а) феохромоцитомы

б) заболевания почек

в) синдрома Нельсона

г) болезни Иценко - Кушинга

д) врожденной дисфункции коры надпочечников

**147. У мужчин гиперпролактинемия приводит ко всему перечисленному, кроме**

а) снижения либидо

б) снижения потенции

в) угнетения сперматогенеза

г) гинекомастии

д) не влияет на сперматогенез

**148. Лечение синдрома галактореи-аменореи неопухолевого генеза заключается в назначении**

а) рентгенотерапии на гипоталамо-гипофизарную область

б) парлодела

в) оперативного вмешательства

г) введения радиоизотопов в гипофиз

д) телегамматерапии

**149. Суточная доза парлодела при синдроме галактореи-аменореи составляет**

а) 0.5-1.5 мг

б) 1.5-2.0 мг

в) 2.5-5.0 мг

г) 5.0-7.5 мг

д) 7.5-10.0 мг

- 150. Учитывая суточный ритм пролактина, основную дозу парлодела следует назначать**
- а) после завтрака
  - б) после обеда
  - в) после полдника
  - г) после ужина
  - д) перед сном
- 151. Лечение парлоделом может обусловить все перечисленное, кроме**
- а) повышения кровяного давления
  - б) падения кровяного давления
  - в) кожной аллергической реакции
  - г) диспепсических явлений
  - д) снижения гликемии
- 152. Показанием для хирургического лечения синдрома лакторей-аменореи является все перечисленное, кроме**
- а) наличия негипофизарной опухоли с эктопической продукцией пролактина
  - б) пролактиномы с прогрессирующим ростом
  - в) офтальмологических нарушений (сужения полей зрения)
  - г) высокого уровня пролактина в крови
  - д) неэффективности консервативных методов терапии при наличии микропролактиномы
- 153. При опухолевом генезе синдрома лакторей-аменореи наиболее целесообразным видом лучевой терапии является**
- а) рентгенотерапия на гипоталамо-гипофизарную область
  - б) телегамматерапия
  - в) протонотерапия
  - г) введение в гипофиз радиоизотопа иттрия-90
  - д) введение в гипофиз радиоактивного золота
- 154. Больные с синдромом лакторей-аменореи опухолевого генеза нуждаются в динамическом наблюдении всех перечисленных специалистов, кроме**
- а) гинеколога
  - б) окулиста
  - в) нефролога
  - г) эндокринолога
  - д) нейрохирурга
- 155. Причиной смерти больного со злокачественной пролактинемией может быть все перечисленное, кроме**
- а) гипоталамо-гипофизарной комы
  - б) сдавления опухолью жизненно важных центров головного мозга
  - в) надпочечниковой недостаточности
  - г) выпадения гонадотропной функции гипофиза
  - д) тромбоэмболии
- 156. Инвалидность при опухолевом генезе синдрома лакторей-аменореи устанавливается во всех перечисленных случаях, кроме**
- а) стойкой высокой гиперпролактинемии
  - б) прогрессирующего ухудшения зрения
  - в) неоперабельных случаев
  - г) нарастания симптоматики гипоталамо-гипофизарной недостаточности
  - д) проявления гипокортицизма
- 157. Адипозогенитальная дистрофия у детей чаще выявляется в возрасте**
- а) 1-2 года
  - б) 3-4 года



- в) 5-6 лет
- г) 7-10 лет
- д) старше 10 лет

**158. Этиологическими факторами адипозогенитальной дистрофии являются все перечисленные, кроме**

- а) внутриутробной инфекции
- б) родовой травмы
- в) опухоли мозга
- г) ожирения
- д) тромбозов и кровоизлияний в мозг

**159. Патогенез адипозогенитальной дистрофии (синдром Фрелиха) обусловлен**

- а) поражением ядер гипоталамуса
- б) поражением коры надпочечников
- в) первичным поражением гонад
- г) первичным поражением щитовидной железы
- д) первичным поражением паращитовидных желез

**160. Адипозогенитальная дистрофия характеризуется всем перечисленным, за исключением**

- а) багровых стрий на коже живота, плеч, бедер
- б) прогрессирующего ожирения
- в) резкой гипоплазии половых органов
- г) отсутствия у мальчиков волос на лице и туловище
- д) отсутствия менструаций у девочек

**161. Дифференциальную диагностику адипозогенитальной дистрофии следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме**

- а) экзогенно-наследственной формы ожирения
- б) синдрома Иценко - Кушинга
- в) синдрома Лоренса - Муна - Бидля
- г) синдрома Морганьи - Стюарта - Мореля
- д) синдрома Симмондса - Шиена

**162. Синдром Лоренса - Муна - Бидля в отличие от адипозогенитальной дистрофии характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) слабоумия
- б) пигментного ретинита
- в) отсутствия слабоумия
- г) нередко полидактилии
- д) синдактилии

**163. Синдром Иценко - Кушинга в отличие от адипозогенитальной дистрофии характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) избирательной локализации жира
- б) наличия багровых стрий на коже туловища, плеч, бедер
- в) высокого артериального давления
- г) отсутствия остеопороза
- д) остеопороза

**164. Синдром Морганьи - Стюарта - Мореля в отличие от адипозогенитальной дистрофии проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) развития чаще у женщин
- б) снижения кровяного давления
- в) повышения кровяного давления
- г) нарушения углеводного обмена
- д) утолщения внутренней пластинки лобной кости

**165. Синдром Клайнфельтера в отличие от адипозогенитальной дистрофии проявляется всем перечисленным, за исключением**

- а) отсутствия или слабо выраженного ожирения
- б) обычного размера полового члена, гипоплазии яичек
- в) положительного полового хроматина
- г) отрицательного полового хроматина
- д) высокого роста с непропорционально длинными конечностями

**166. Синдром Шерешевского - Тернера устанавливается на основании всего перечисленного, кроме**

- а) короткой шеи с крыловидными кожными складками
- б) низкого положения ушных раковин, низкорослости
- в) отсутствия полового хроматина
- г) кариотипа 45-X
- д) кариотипа 47-XXY

**167. Лечение ожирения при адипозогенитальной дистрофии включает все перечисленное, за исключением**

- а) анорексигенных препаратов (при отсутствии булимии)
- б) диеты с ограничением углеводов и жиров
- в) двигательного режима
- г) водных процедур
- д) анорексигенных препаратов (при наличии булимии)

**168. Показанием для хирургического лечения при адипозогенитальной дистрофии является наличие всего перечисленного, кроме**

- а) гинекомастии I степени
- б) аденомы гипофиза
- в) краниофарингиомы
- г) гинекомастии III-IV степени
- д) крипторхизма

**169. При наличии опухолевого генеза адипозогенитальной дистрофии и отказе от операции необходимо тщательное динамическое наблюдение всех перечисленных специалистов, кроме**

- а) окулиста
- б) невропатолога
- в) психиатра
- г) эндокринолога
- д) нейрохирурга

**170. Трудоспособность больных с адипозогенитальной дистрофией зависит**

- а) от степени ожирения
- б) от состояния сердечно-сосудистой системы
- в) от тяжести неврологических нарушений
- г) от степени недоразвития половых органов
- д) от патологии зрения

**171. Этиологическими факторами синдрома Пархона являются все перечисленные, кроме**

- а) токсикоинфекции
- б) злокачественных опухолей, секретирующих вазопрессин
- в) опухоли надпочечников
- г) черепно-мозговой травмы
- д) неопластических процессов в гипоталамусе и гипофизе

**172. Патогенез синдрома Пархона обусловлен всем перечисленным, кроме**

- а) повышения продукции АДГ
- б) снижения продукции АДГ

- в) повышения секреции альдостерона
- г) снижения функции щитовидной железы
- д) гипопротеинемии

**173. У больных синдромом Пархона выявляются все перечисленные жалобы, за исключением**

- а) олигурии
- б) задержки жидкости в организме
- в) прибавки массы тела
- г) похудания
- д) отеков различной локализации

**174. Вегетативные нарушения при синдроме Пархона проявляются всем перечисленным, кроме**

- а) брадикардии
- б) головных болей
- в) сердцебиения
- г) нарушения сна
- д) парестезий

**175. Отек мозга при синдроме Пархона клинически проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме**

- а) сонливости
- б) апатии
- в) спазмов мышц (судорог)
- г) арефлексии, псевдобульбарных параличей
- д) повышения температуры

**176. Коматозное состояние при избыточной секреции вазопрессина развивается во всех перечисленных случаях, кроме**

- а) падения содержания натрия в плазме ниже 120 ммоль/л
- б) осмолярности плазмы ниже 250 мосмоль/кг
- в) содержания натрия в плазме выше 120 ммоль/л
- г) падения содержания натрия в плазме ниже 110 ммоль/л
- д) падения содержания натрия в плазме ниже 100 ммоль/л

**177. Лабораторные данные при синдроме Пархона характеризуются всем перечисленным, кроме**

- а) гипохолестеринемии
- б) гиперхолестеринемии
- в) гипонатриемии
- г) гиперхлоремии
- д) нормохолестеринемии

**178. В анализах мочи при синдроме Пархона выявляют все перечисленное, кроме**

- а) высокой относительной плотности мочи
- б) сниженного выделения с мочой альдостерона
- в) повышенного выделения с мочой АДГ
- г) повышенного выделения с мочой альдостерона
- д) нормального выделения с мочой альдостерона (периодами)

**179. Дифференциальный диагноз синдрома Пархона проводят со всеми перечисленными заболеваниями, кроме**

- а) синдрома предменструального напряжения
- б) нарушения водного обмена при ожирении
- в) синдрома Шварцца - Бартерра
- г) гипотиреоза
- д) первичного альдостеронизма

**180. Предменструальный синдром напряжения клинически проявляется всем перечисленным, кроме**

- а) задержки жидкости за 2 недели до менструации
- б) головных болей
- в) снижения массы тела
- г) желудочно-кишечных проявлений (тошнота, боли в животе)
- д) смены настроения

**181. Для синдрома Шварцца - Бартерра характерно все перечисленное, кроме**

- а) увеличения содержания АДГ
- б) задержки жидкости
- в) олигурии
- г) гипонатриемии
- д) нормонатриемии

**182. Повышают секрецию вазопрессина все следующие препараты, кроме**

- а) хлорпропамида
- б) барбитуратов
- в) бигуанидов
- г) анальгетиков
- д) клофибрата

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

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

**184. 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

**185. 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

**186. 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

**187. 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

**188. 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

**189. 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

**190. 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

**191. 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

**192. 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

**Примерные темы рефератов:**

1. Диагностика и лечение гипопитуитаризма.
2. Синдром аменореи в эндокринологической практике.
3. Симптом гипергликемии при нейроэндокринной патологии.
4. Дифференциальный диагноз низкорослости.
5. Инструментальная и лабораторная диагностика аденом гипофиза.
6. Гипофизарная кома (клиника, диагностика, лечение).
7. Синдром неадекватной секреции АДГ.
8. Дифференциальный диагноз синдрома жажды.

## 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

## 6.2. Оценочные средства для промежуточного контроля успеваемости

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

### Вопросы для зачета:

1. Как в норме регулируется содержание гормона роста?
2. Причины и принципы лечения остеопенического синдрома при патологии гипофиза.
3. Биологическое действие гормона роста. Оказывает ли гормон роста непосредственное действие на периферические ткани?
4. Принципы лечения синдрома эктопической продукции АКТГ
5. Каковы клинические симптомы избыточной продукции гормона роста у взрослых? Каковы причины смерти больных акромегалией?
6. Дифференциальный диагноз синдрома эктопической продукции АКТГ и болезни Иценко – Кушинга

7. На основании каких клинических, лабораторных и инструментальных данных ставится диагноз акромегалии или гигантизма?
8. Этиология синдрома эктопической продукции АКТГ
9. Могут ли акромегалия или гигантизм, кроме аденомы гипофиза, быть проявлением других эндокринных синдромов?
10. Дифференциальный диагноз синдрома неадекватной секреции ТТГ
11. Какие методы лечения применяются при акромегалии или гигантизме?
12. Клинические проявления и диагностика тиротропиномы.
13. Каковы критерии активности и ремиссии акромегалии?
14. Принципы лечения гормонально неактивных аденом гипофиза и критерии эффективности лечения.
15. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз акромегалии?
16. Клинические проявления и диагностика гормонально неактивных аденом гипофиза.
17. Каковы клинические симптомы избыточной продукции АКТГ?
18. Этиология, клинические проявления, лечение синдрома пустого турецкого седла.
19. Каковы причины смерти при болезни Иценко – Кушинга?
20. Клинические проявления, лабораторные тесты, подтверждающие наличие синдрома неадекватной секреции АДГ, лечение.
21. На основании каких клинических, лабораторных и инструментальных данных ставится диагноз болезни Иценко – Кушинга?
22. Как регулируется секреция АДГ?
23. Какие методы лечения применяются при болезни Иценко – Кушинга?
24. Принципы лечения несахарного диабета, критерии эффективности проводимого лечения.
25. Каковы критерии активности и ремиссии болезни Иценко – Кушинга?
26. Клиника и классификация несахарного диабета.
27. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз болезни Иценко – Кушинга?
28. Дифференциальный диагноз синдрома жажды.
29. Этиология, клинические проявления, лечение и профилактика синдрома Нельсона?
30. Дифференциальный диагноз гипопитуитаризма.
31. Дифференциальный диагноз синдрома гиперпролактинемии.
32. Принципы заместительной терапии гипопитуитаризма и критерии адекватности проводимого лечения.
33. Принципы лечения гиперпролактинемии, показания к хирургическому лечению пролактином.
34. Какие тесты используют для обследования больных со сниженной функцией гипофиза?
35. Клинические проявления гиперпролактинемии. Что такое идиопатическая гиперпролактинемия и макропролактинемия?
36. Какие причины приводят к гипофизарной недостаточности?
37. Каковы критерии активности и ремиссии пролактиномы?
38. Дифференциальный диагноз между гипоталамическим синдромом пубертатного периода и болезнью Иценко - Кушинга
39. Как регулируется секреция пролактина? Физиологические, патологические и лекарственные стимуляторы секреции пролактина.
40. Этиология, клинические проявления, лечение синдрома пустого турецкого седла.

## Критерии промежуточного контроля знаний

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

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

#### 7.1. Основная литература

1. 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)
2. Детская эндокринология : атлас / [Е. А. Богова и др.] ; под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 237 с. (НБЧР-1)
3. 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)
4. 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)
5. 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)
6. 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)
7. 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)
8. 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)
9. 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)
10. 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)
11. 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)
12. 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)



13. 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)
14. 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)
15. Эндокринология : клинические рекомендации / Ф. М. Абдулхабирова, А. Ю. Абрисимов [и др.] ; ред.: И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко ; Российская ассоциация эндокринологов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592, [1] с. ) (РНМБ-1)
16. 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. Барабанова Н.А. Роль адипокинов и остеопротегерина в развитии атеросклероза и сердечно-сосудистого ремоделирования у больных сахарным диабетом 2 типа : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.01.02 : защищена 02.03.2016, 14.01.05 / Н. А. Барабанова ; науч. рук.: А. Ф. Вербовой, П. А. Лебедев ; оппон.: Т. В. Моругова, А. М. Шутов ; Самарский государственный медицинский университет. - Самара, 2016. - 23 с. (РНМБ-1)
2. 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)
3. 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)

## **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://MedicInform.net): Медицинская информационная сеть. – Режим доступа: <http://medicininform.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)