ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

 ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

 ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ



**МЕТОДИЧЕСКИЕ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

**ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»**

**Тема: «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»**

**(СРОК ОСВОЕНИЯ 144 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСА)**

# ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ

12.1. Формы промежуточной аттестации[[1]](#footnote-1): зачет 12.2. Форма итоговой аттестации[[2]](#footnote-2): экзамен

**Вопросы (ОПК 1,2,3,4; ПК 1, 2, 3, 4):**

Классификация СД.

Эндокринная офтальмопатия.

Синдром преждевременного полового развития. Клиника. Диагностика.

Синдром диабетической стопы. Диф. Диагностика между формами диаб. стопы.

Острая надпочечниковая недостаточность. Диагностика. Причины. Ведение больных.

Лечение синдрома гипогонадизма.

Диабетическая нефропатия. Диагностика. Классификация.

Синдром Конна (первичный альдостеронизм). Клиника. Диагностика.

Отличительные особенности 1 и 2 типов СД.

Основные показания к хирургическому лечение при б-ни Грейвса-Базедова.

Клиника хронической надпочечниковой недостаточности (б-ни Аддисона).

Классификация СД. Клиника. Диагностика. ГТТ.

Диффузный токсический зоб (б-нь Грейвса-Базедова) Клиника. Диагностика.

Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Клиника. Диагностика.

Гипогликемическая кома. Гипогликемические состояния. Клиника. Диагностика.

Лечение.

Гипотиреоз. Клиника. Диагностика. Лечение.

Первичный гиперальдостеронизм (с-м Конна).

Синдром диабетической стопы. Клиника. Диагностика.

Эндемический зоб (по ВОЗ). Критерии хронического йододефицита. Лечение и профилактика йододефицитных состояний.

Акромегалия и гигантизм. Диагностика. Клиника.

Диабетическая нейропатия. Классификация. Клиника. Диагностика.

Острый и подострый тиреоидит. Клиника. Диагностика. Лечение.

Ожирение. Классификация. Диагностика. Лечение.

Инсулинотерапия СД 1 типа. Базис-болюсная терапия. Принципы.

Тиреотоксический криз. Причины. Диагностика. Лечение.

Гипогонадизм. Классификация. Клиника.

Этиология и патогенез СД 1 типа.

Современные критерии йододефицита.

Акромегалия. Клиника. Диагностика.

Диабетическая нейропатия. Современная классификация. Диагностика.

Этиология и патогенез болезни Иценко-Кушинга.

Клиника и диагностика с-ма Шерешевского-Тернера

Гипогликеми. Гипогликемические состояния. Клиника. Диагностика. Лечение.

Феохромоцитома. Клиника. Диагностика. Лечение.

Современная классификация гипогонадизма

Современная классификация СД. Диагностика. Методы обследования (ГТТ-тест).

Клиника и диагностика болезни Аддисона.

Современный подходы к лечению синдрома Шерешевского-Тернера.

Современное лечение СД 2 типа в зависимости от уровня исходного HbAc1.

Препараты, механизм действия. Новые группы препаратов.

Альдостерома. Клиника. Диагностика. Лечение.

Задержка полового развития у мальчиков. Диагностика. Лечение.

Диабетический кетоацидоз. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Инцидентолома. Понятие. Диагностика. Тактика ведения.

Преждевременное полового развитие. Понятие. Варианты ППР.

Гестационное СД. Диагностика. Способы ведения больных с ГД.

Диагностика и лечение болезни Иценко-Кушинга.

Лечение преждевременного полового развития.

Диабетическая нефропатия (ХБП). Стадии. Патогенез. Лечение по стадиям.

Лечение острой и хронической надпочечниковой недостаточности.

Понятие о крипторхизме. Диагностика и лечение.

Современное лечение СД 1 типа.

Базис-болюсная инсулинотерапия. Расчет доз. Осложнения инсулинотерапии.

Этиология и патогенез ВДКН. Диагностика. Формы. Лечение. Задержка полового развития у девочек. Диагностика. Лечение.

**Тестовый контроль (ОПК 1,2,3,4; ПК 1, 2, 3, 4):**

ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ КОСТНОЙ ТКАНИ.

2.01. Классификация остеопороза основана на элементах:

А) этиологии

Б) патогенеза

В) симптоматики

Г) распространенности процесса

Д) стадии развития заболевания

2.02. При исследовании гормонального статуса у больных, их остеомаляцией, наиболее целесообразно исследование:

А) кальцитонина

Б) ПТГ

В) Гастрина и гормона роста

Г) Витамина Д3

Д) эстрадиола и гонадотропинов

2.03. Диагностическим признаком остеомаляции является:

А) повышенная прозрачность костной ткани

Б) наличие лоозеровских зон перестройки

В) наличие грыж Шморля

Г) пониженная прозрачность костной ткани

Д) наличие патологических переломов

4.04. В патогенезе развития первичного остеопороза решающее значение имеет:

А) прекращение овариальной функции в менопаузе

Б) снижение физической активности в возрасте старше 60 лет

В) Снижение овариальной функции в течение жизни

Г) Нарушение функции гомеостаза кальция

Д) Генетическая предрасположенность и исходная плотность костной ткани

2.05. При рентгенологическом обследовании больных остеопорозом выявляется:

А) понижение прозрачности костной ткани

Б) признаки субпериостальной резорбции

Б) снижение высоты тел позвонков

Г) повышение отложения солей

Д) гиперостоз костей черепа

2.06. В профилактике инволюционного остеопороза наиболее рациональным является:

А) прием препаратов кальция с момента становления менопаузы

Б) прием препаратов витамина Д

В) увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина

 Д и кальция

Г) назначение эстрогенсодержащих препаратов

Д) диета с низким содержанием белка

2.07. Снижение костной плотности может отмечаться при приеме следующих медикаментов;

А) диуретики

Б) препараты витамина Д

В) аспирин

Г) антибактериальные препараты

Д) интерфероны

2.08. При лабораторном обследовании больных, страдающих остеомаляцией, может быть обнаружено:

А) повышение уровня экскреции оксипролина

Б) повышение уровня кальция и фосфора в крови

В) повышение уровня общего белка и диспротеинемия

Г) лейкоцитоз

Д) понижение соотношения Са/креатинин

2.09. Точкой приложения антирезорбтиной терапии являются:

А) остеобласты

Б) остеокласты

В) остеоциты

Г) костная матрица

Д) остеоиды

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

А) позвоночник

Б) тазобедренный сустав

В) голень

Г) предплечье

Д) крестец

2.11. При исследовании гормонального статуса у больных, страдающих инволюционным остеопорозом, наиболее целесообразно определение:

1. Паратиреоидного гормона.
2. остеокальцина.
3. витамина Д.
4. пролактина.
5. эстрадиола и гонадотропинов.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.12. Для клинических проявлений остеопороза в менопаузе характерно следующее:

1. снижение роста до 10-12 см.
2. болевой синдром с преимущественным поражение позвоночного столба.
3. изменение походки.
4. искривление позвоночного столба.
5. деформация грудной клетки.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.13. К первичному остеопорозу относятся:

1. постменопаузальный остеопороз.
2. идиопатический ювенильный остеопороз.
3. сенильный остеопороз.
4. «стероидный» остеопороз.
5. ятрогенный остеопороз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.14. При дифференциальной диагностике остеопении должны быть учтены следующие состояния:

1. остеопороз.
2. остеомаляция.
3. гиперпаратиреоз.
4. миеломная болезнь.
5. тиреотоксикоз.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.15. Для идиопатического остеопороза взрослых характерно следующее:

1. болевой синдром.
2. компрессионные переломы позвоночника.
3. искривление позвоночного столба.
4. снижение функции гонад.
5. уменьшение роста на 10-12 см.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.16. В определение понятия «остеопения» входят:

1. остеопороз.
2. остеомаляция.
3. остеолиз.
4. остеоартроз.
5. ревматоидный полиартрит.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.17. Маркерами ремоделирования кости являются:

1. щелочная фосфатаза.
2. С-терминальный телопептид.
3. остеокальцин.
4. пиридинолин.
5. оксипролин в моче.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.18. Антирезорбтивным эффектом обладают следующие препараты:

1. бифосфонаты.
2. флавоноиды.
3. кальцитонин.
4. препараты кальция.
5. препараты витамина Д.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.19. Факторами риска развития остеопороза у женщин являются:

1. менопауза.
2. крупное телосложение.
3. гинекологические операции в анамнезе.
4. избыточный вес.
5. длительный прием антибиотиков.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2.20. Для клинических проявлений остеомаляции характерно:

1. деформация грудной клетки.
2. искривление конечностей.
3. выраженный болевой синдром.
4. наличие патологических переломов.
5. наличие грыж Шморля.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ.

03.01. Причиной летального исхода у пациентов с акромегалией может быть:

1. ночное апноэ.
2. сахарный диабет.
3. сердечная недостаточность.
4. гипергликемия.
5. гипогликемия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.02. В клинической картине акромегалии могут наблюдаться изменения со стороны ЦНС:

1. синдром карпального канала.
2. головные боли.
3. парастезии.
4. миопатический синдром.
5. нарушения высшей нервной деятельности – апатия, вялость, сонливость.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В -

если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

* 1. Секрецию соматотропного гормона подавляет:

А) глюкагон

Б)эстрогены

В) серотонин

Г) соматостатин

Д) соматомедины.

* 1. Нарушения углеводного обмена – диабет при акромегалии может коррегироваться:

А) инсулинотерапией

Б) приемом амарила

В) диетой с пониженным содержанием углеводов

Г) специфической терапией основного заболевания

Д) приемом сиофора

* 1. У пациентов больных акромегалией при нарушении зрения показано следующее:

А) хирургическое лечение

Б) лучевая терапия

В) применение препарата парлодел

Г) сочетанная лучевая и медикаментозная терапия Д) сочетание хирургической и лучевой терапии.

03.07. Опухоль, секретирующая СТГ может локализоваться в:

1. поджелудочной железе.
2. гипофизе.
3. яичниках.
4. гипоталамусе.
5. средостении.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.08. Дерматологическими проявлениями акромегалии могут быть следующие:

1. гипергидроз и жирная себорея.
2. гирсутизм.
3. akantosis nigricans.
4. повышение сосудистого рисунка кожи.
5. сглаженность носогубных складок.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.09. Причинами сердечной недостаточности при акромегалии могут быть:

1. задержка натрия и воды.
2. кардиомегалия.
3. артериальная гипертензия.
4. нарушение ритма сердечной деятельности.
5. артериальная гипотензия.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.10. Явными рентгенологическими признаками акромегалии являются:

1. гиперостоз внутренней пластины лобной кости.
2. гипертрофический остеопороз костей черепа.
3. пневматизация лицевых костей черепа.
4. истончение передних и задних клиновидных отростков.
5. остеопороз поясничных позвонков.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

03.11. Абсолютными показаниями для проведения хирургического лечения пациентов с акромегалией являются:

1.нарушение зрения.

1. макроаденома.
2. злокачественная опухоль.
3. микроаденома.
4. отсутствие эффекта от лучевой терапии.

Ответы: А – если правильны 1,2 и 3 ответы; Б – если правильны 1 и 3 ответы; В - если правильны 2 и 4 ответы; Г - если правилен 4 ответ; Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

**Задачи (ОПК 1,2,3,4; ПК 1, 2, 3, 4):**

Больная 28 лет, сахарный диабет выявлен 4 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. 3 недели назад заболела ОРВИ (в течение 10 дней проводился интенсивный самоконтроль, коррекция доз препаратов). 8 дней назад у больной закончились средства самоконтроля. Пациентка вернулась к обычной суточной дозе инсулина, вводимой до болезни. Последние 5-6 дней отмечает ухудшение состояния, появление жажды, сухости, полиурии, сонливости и слабости, в связи с отсутствием средств самоконтроля менять схему вводимого инсулина отказалась. В день поступления в стационар тошнота, выраженная слабость, рвота, потеря сознания в приемном покое стационара. Объективно - сумеречное сознание, выраженная сухость кожи и слизистых, дыхание 30 в мин., шумное. Пульс - 109 в минуту, АД=75/40 мм рт ст. pH крови-7,3; гликемия-21 ммоль/л, калий-3,2 ммоль/л, в моче - ацетонурия.

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз
2. Чем обусловлена декомпенсация заболевания? З.Чем обусловлено изменение pH крови?
3. Ваша тактика в первый час лечения больного

Больной Ч., 44 лет, поступил в клинику 3 апреля 1998 года, с жалобами на похудание на 15 кг за последние 5 лет, выраженное диффузное потемнение кожных покровов, снижение аппетита, резкую слабость, периодический мышечные и суставные боли, выраженный кожный зуд, усиливающийся во второй половине дня, выпадение волос, склонность к запорам, полную потерю работоспособности. Считает себя больным с 1993 года, когда впервые появился кожный зуд, вначале эпизодический и неинтенсивный, а с 1995 года практически постоянный. С этого же времени! стал отмечать очаговое потемнение кожных покровов открытых участков тела. С 1996 года окрашивание стало диффузным. С 1997 года отмечает появление выраженной слабости, снижение аппетита, прогрессивную потерю веса, появление миалгий и артралгиий, выпадение волос. Семейный анамнез - без особенностей. Из перенесенных заболеваний - пневмония в 1993 году. При поступлении состояние относительно удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы диффузно интенсивно окрашены в бронзовокоричневый цвет с большей выраженностью на открытых участках, места трения и ладонные с клад к^ - интенсивного коричневого цвета. Слизистые полости рта с очагами гиперпигментации. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслуш#й^ются. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 86 уд в мин, АД 90/60 MMHg. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, край безболезнен, селезенка не пальпируется. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании представленных данных?
2. Какие исследования позволят подтвердить или отвергнуть диагноз?
3. Какие исследования позволят выяснить этиологию заболевания?
4. Какое лечение показано пациенту при острой декомпенсации этого заболевания?

Больной 17 лет поступил в отделение интенсивной терапии в состоянии комы. Из опроса родственников установ; что последние 7-10 дней жаловался на слабость, сонливость, жажду, похудел на 10 кг за месяц. При осмотре; бол в состоянии комы, дыхание - 32 в мин., шумное глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Тонус глазных я( снижен, тонус мышц снижен. Пульс 120 в мин., АД - 65/40 мм рт ст. При лабораторных исследованиях выявлена гипергликемия (26 ммоль/л), гипокалиемия (3,0 ммоль/л), pH - 6,9; ацетонурия.

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз
2. Определите тактику обследования больного
3. Чем обусловлено снижение тонуса мышц, глазных яблок, гипотония?

Определите необходимые лечебные мероприятия на 1-3 часах ведения больного.

1. Промежуточную аттестацию можно проводить в форме зачета или дифференцированного зачета. [↑](#footnote-ref-1)
2. Формой итоговой аттестации является экзамен. Экзамен должен выявлять теоретическую и практическую подготовку врача. [↑](#footnote-ref-2)