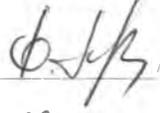


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП ВО
по программе ординатуры
32.08.12 Эпидемиология

 к.м.н.,
/Логвин Ф.В./

«29» 08 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 32.08.12 Эпидемиология

Квалификация выпускника: врач-эпидемиолог

Форма обучения: очная

Курс: 2

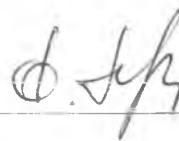
Семестр: 4

Ростов-на-Дону
2023г.

Рабочая программа ГИА по специальности 32.08.12 Эпидемиология рассмотрена на заседании кафедры эпидемиологии

Протокол от 21.03.2023 г. № 4

Зав. кафедрой, к.м.н.

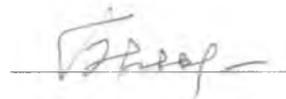


Логвин Ф.В.

Директор библиотеки:

«Согласовано»

«19» 08 2023 г.



Кравченко И.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

1. **Область профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2. **Объектами профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3. **Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

4. Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

- ✓ **УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
- ✓ **УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
- ✓ **УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
- ✓ **УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
- ✓ **УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):

- ✓ **ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
- ✓ **ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей
- ✓ **ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
- ✓ **ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
- ✓ **ОПК-5.** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
- ✓ **ОПК-6.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
- ✓ **ОПК-7.** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
- ✓ **ОПК-8.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- ✓ **ОПК-9.** Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
- ✓ **ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (ПК-):

- ✓ **ПК-1.** Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с эндокринной патологией

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.53 Эндокринология.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.53 Эндокринология осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-эндокринолога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.53 Эндокринология проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.53 Эндокринология.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.53 Эндокринология.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
	1. Пример формулировки теоретического вопроса: Акромегалия. Клиника, диагностика, лечение.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1
	2.Пример ситуационной задачи: Больная П, 30 лет, внезапно потеряла сознание, доставлена в клинику скорой	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-1

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

	<p>медицинской помощью. Врач выяснил у родных, что больная страдает сахарным диабетом, постоянно вводит себе инсулин.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы влажные. АД 125/70 мм рт.ст. Пульс 100 в мин удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Врачом скорой помощи состояние больной было расценено как кетоацидотическая кома. Был введен инсулин короткого действия в дозе 20 ЕД п/к. После этого больная была доставлена в клинику в глубокой коме. Гликемия 1,1 ммоль/л, в моче сахар 2%.</p> <p>1.Поставьте диагноз.</p> <p>2.Какова должна была быть тактика врача «скорой помощи» и почему?</p> <p>3.Почему при уровне глюкозы в крови 1.1 ммоль/л в моче определяется сахар?</p>	
--	--	--

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. История становления эндокринологии как раздела медицины.
2. Организация эндокринологической помощи в России
3. Гормональная регуляция обмена веществ.
4. Физиологические особенности системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники.
5. Физиологические особенности системы гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа.
6. Физиологические особенности системы гипоталамус-гипофиз-гонады
7. Инкреторная функция поджелудочной железы.
8. Карциноидный синдром. Клинические проявления, диагностика, лечение.
9. Болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, классификация.
10. Болезнь Иценко-Кушинга. Клиника, диагностические пробы.
11. Болезнь Иценко-Кушинга. Особенности лечения.
12. Синдром эктопированной продукции АКТГ. Клинические особенности, дифференциальный диагноз, лечение.

13. Акромегалия и гигантизм. Этиология, патогенез, классификация.
14. Акромегалия. Клиника, диагностика, лечение.
15. Гигантизм. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
16. Несахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация.
17. Несахарный диабет. Клиника, диагностика и лечение.
18. Синдром гиперпролактинемии. Этиология, патогенез, клинические особенности.
19. Синдром гиперпролактинемии. Диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
20. Гипопитуитаризм. Этиология, патогенез, клинические особенности.
21. Гипопитуитаризм. Диагностика, дифференциальный диагноз с эндокринопатиями, лечение.
22. Неврогенная анорексия. Этиология, дифференциальный диагноз с эндокринопатиями, лечение.
23. Нейроэндокринные опухоли. Классификация, клинические варианты.
24. Множественная эндокринная неоплазия. Клинические формы, диагностика и лечение.
25. Аутоиммунные полигландулярные синдромы. Клиническое значение, особенности терапии.
26. Инциденталомы гипофиза. Определение. Алгоритм дифференциальной диагностики и последующего наблюдения.
27. Этиология и патогенез острой надпочечниковой недостаточности.
28. Клиника, диагностика и лечение острой надпочечниковой недостаточности.
29. Этиология и патогенез хронической надпочечниковой недостаточности.
30. Клиника, диагностика и лечение хронической надпочечниковой недостаточности.
31. Опухоли коры надпочечников и их клинические особенности.
32. Феохромоцитома. Варианты клинического течения и лечения.
33. Первичный альдостеронизм. Клиническая картина, диагностика и лечение.
34. Вторичный альдостеронизм. Патогенез развития, дифференциальный диагноз, лечение.
35. Гипоальдостеронизм. Клиника, диагностика, лечение.
36. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Клинические варианты, диагностика и лечение.
37. Вирильный синдром. Клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

38. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, современная классификация.
39. Сахарный диабет. Клиника различных вариантов.
40. Сахарный диабет MODY типа. Клинические особенности, диагностика и лечение.
41. Сахарный диабет LADA типа. Клинические особенности, диагностика и лечение.
42. Сахарный диабет. Лечебное питание.
43. Сахарный диабет 2 типа. Современные принципы терапии.
44. Острые осложнения сахарного диабета.
45. Поздние осложнения сахарного диабета.
46. Диабетическая полинейропатия. Патогенез развития, клинические особенности, современные возможности терапии.
47. Диабетическая автономная нейропатия. Клинические варианты и возможности терапии.
48. Кожные проявления сахарного диабета.
49. Диабетическая остеоартропатия и синдром диабетической стопы. Клиника и принципы лечения.
50. Диабетическая нефропатия. Патогенез развития, классификация, клинические особенности, лечение.
51. Диабетическая ретинопатия. Клинические проявления, стадии развития, лечения и прогноз.
52. Особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний при сахарном диабете.
53. Артериальная гипертензия при сахарном диабете. Патогенетические особенности и тактика лечения.
54. Хирургические вмешательства при сахарном диабете.
55. Островково-клеточные опухоли поджелудочной железы. Клинические варианты, диагностика и лечение.
56. Классификация и диагностика заболеваний щитовидной железы.
57. Тиреотоксикоз, этиология, патогенез, классификация.
58. Тиреотоксикоз, клиника, принципы терапии.
59. Тиреотоксический криз. Причины развития, клиника, лечение.
60. Тиреотоксическая аденома. Клинические особенности, диагностика, тактика лечения.
61. Гипотиреоз. Этиологическая классификация, патогенез клинических симптомов, диагностика и дифференциальный диагноз.

62. Гипотиреоз, лечение, особенности заместительной терапии и лиц пожилого возраста.
63. Гипотиреоидная кома. Причины развития, клинические проявления, лечение и прогноз.
64. Болезни щитовидной железы у новорожденных. Профилактика врожденного гипотиреоза.
65. Тиреоидиты. Этиологические и патогенетические особенности различных вариантов.
66. Аутоиммунный тиреоидит. Этиология, классификация, клиника и лечение.
67. Подострый тиреоидит. Этиология, клиника и лечение.
68. Фиброзный тиреоидит. Этиология, клиника, лечение.
69. Гнойный тиреоидит. Этиология, клиника, лечение.
70. Послеродовой тиреоидит. Этиология, клиника, лечение.
71. Патология сердечно-сосудистой системы при заболеваниях щитовидной железы.
72. Заболевания щитовидной железы и беременность.
73. Йододефицитные состояния. Клиника, диагностика, лечение.
74. Этиология, клинические особенности, лечение и профилактика диффузного нетоксического зоба.
75. Дифференциальный диагноз узловых образований щитовидной железы.
76. Тактика лечения и мониторинг заболеваний щитовидной железы.
77. Злокачественные опухоли щитовидной железы.
78. Эндокринная офтальмопатия. Классификация, особенности различных клинических форм, тактика их лечения.
79. Гиперпаратиреоз. Этиология, клиника и лечение.
80. Гипопаратиреоз. Этиология, клиника и лечение.
81. Гипогонадизм. Классификация, этиология и патогенез.
82. Вторичный гипогонадизм. Этиология, клинические особенности, лечение.
83. Первичный гипогонадизм. Этиология, клиническая картина, диагностика и лечение.
84. Гинекомастия. Этиология, диагностика и лечение.
85. Гипофункция яичников. Клинические варианты, дифференциальный диагноз, лечение.
86. Синдром гиперандрогении. Клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение.

87. Аномалии дифференцировки пола. Клиническая характеристика основных форм, тактика лечения.
88. Климактерический синдром. Клиника, лечение.
89. Ожирение. Классификация, этиология и патогенез развития.
90. Особенности анемического синдрома при эндокринных заболеваниях.
91. Артериальная гипертензия при эндокринных заболеваниях.
92. Остеопороз. Этиология и факторы риска, классификация и патогенез отдельных форм.
93. Доказательная медицина: основные понятия и методы.
94. Статистика в медицине. Базовые статистические данные необходимые для интерпретации данных по доказательной медицине
95. Клинические исследования новых лекарственных средств, этапы проведения.
96. Рандомизированные контролируемые клинические исследования.
97. Принципы GCP (Good Clinical Practice).
98. Доказательная медицина и реклама.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача № 1

Больной Т., 16 лет, доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение года. Негативно относится к лечению инсулином. За две недели до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного резко ухудшилось, нарастали жажда, полиурия, слабость, появились тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание.

Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, тургор снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0 °С. Глубокое шумное дыхание. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс частый, нитевидный, малого наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень на 2,0 см выступает из-под реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Сухожильные рефлексы резко ослаблены.

Анализ крови: лейкоциты - 25,0x10⁹, П - 20%, С - 78%, лимфоциты - 2%. Анализ мочи: удельный вес 1045, белок 0,6 г/л, сахар 8%, ацетон ++++.

Биохимия крови: общий белок - 78 г/л, мочевины - 13,5 ммоль/л, креатинин крови - 140,6 мкмоль/л, кетоновые тела - 11 ммоль/л, НЭЖК - 2,4 ммоль/л, сахар крови - 48,8 ммоль/л, рН 7.02, бикарбонат - 10 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Что явилось причиной данного состояния?
3. Представьте алгоритм неотложной помощи?

Задача № 2

Больной К., 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит».

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина.

Анализ крови: лейкоциты - $22,0 \times 10^9$, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%.

В клинике диагностирован острый аппендицит и принято решение больного срочно оперировать.

1. Согласны ли Вы с решением хирурга? Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести, прежде чем решиться оперировать больного?

Задача № 3

Больная П., 30 лет, внезапно потеряла сознание, доставлена в клинику скорой медицинской помощью. Врач выяснил у родных, что больная страдает сахарным диабетом, постоянно вводит себе инсулин.

Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы влажные. АД 125/70 мм рт.ст. Пульс 100 в мин удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Врачом скорой помощи состояние больной было расценено как кетоацидотическая кома. Был введен инсулин короткого действия в дозе 20 ЕД п/к. После этого больная была доставлена в клинику в глубокой коме. Гликемия 1,1 ммоль/л, в моче сахар 2%.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова должна была быть тактика врача «скорой помощи» и почему?
3. Почему при уровне глюкозы в крови 1.1 ммоль/л в моче определяется сахар?

Задача № 4

Больной П., 60 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 15 лет. По поводу сахарного диабета принимал манинил.

Со слов родных выяснено, что больной по поводу гипертонической болезни в течение длительного времени бесконтрольно принимал мочегонные препараты. За 3 дня до поступления в клинику у больного появилась сильная жажда, полиурия, одышка, резкая мышечная слабость. Состояние больного ухудшилось и родственники доставили его в бессознательном состоянии в клинику.

Объективно: состояние тяжелое, в коме. Сухость кожи и слизистых, снижен тонус глазных яблок. Язык сухой, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Выраженные отеки нижних конечностей и мошонки. Тоны сердца глухие, АД 60/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин. Живот мягкий,

безболезненный, печень у реберной дуги. Уровень глюкозы в крови 50,6 ммоль/л, рН крови 7,4, натрий крови 154 ммоль/л, в моче сахар 6%, ацетона нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Что спровоцировало данное состояние.
3. Ваш план лечения.

Задача № 5

Больной П., 22 лет. По поводу диффузного токсического зоба 3 степени была произведена струмэктомия. К вечеру после операции состояние резко ухудшилось, появились сердцебиение, выраженная слабость, диффузная потливость, тошнота, рвота, температура тела повысилась до 39,4 °С. Больная возбужденная, речь невнятная. Кожа на ощупь горячая, влажная. Наблюдается тремор обеих рук. Дыхание везикулярное. ЧД 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Пульс малый, 160 в мин, ритмичный. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 4 см, безболезненный.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваш план лечения.

Задача № 6

Больная 46 лет, поступила по скорой медицинской помощи в реанимационное отделение. Со слов родственников выяснено, что в последние 2-3 нед состояние прогрессивно ухудшалось, беспокоили отеки по всему телу, зябкость, слабость, снижение памяти, боль в спине и суставах, осиплость голоса, запоры. Заболевание начало развиваться три года назад после простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, а затем анемии.

Объективно: рост 170 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы выраженной бледности, с желтушным оттенком, сухие, с шелушением, холодные на ощупь. Определяется плотный отек лица, стоп, голеней и туловища. Температура тела 35,6 °С. Больная безразличная, голос низкий. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отрицательные. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости смещены влево от срединно-ключичной линии на 1,5-2 см. Тоны сердца резко ослаблены, пульс 40 уд/мин, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы резко снижены.

Общий белок 60 г/л, альбумин 35 г/л, общие липиды 13,5 г/л, холестерин 9,5 ммоль/л, сахар крови 3,08 ммоль/л. В моче белок 0,33 г/л, микроскопия осадка без особенностей.

ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, брадикардия, удлинение интервала P-Q до 0,22//, уплощение зубца T

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Задача № 7

Больной Б., 42 лет. Поступил в клинику в тяжелом состоянии. Со слов родственников жаловался на прогрессирующую мышечную слабость, головокружение, понижение веса, неукротимую рвоту, понос, сниженный аппетит. В 30 лет перенес туберкулез легких, затем был снят с учета.

Объективно: пониженного питания, рост 176 см. Вес 58 кг. Больной резко заторможен. Адинамия. Пигментация кожных покровов, слизистых, ладонных складок и ореол сосков, температура тела - 35,9 °С. Тоны сердца резко приглушены, пульс 66 в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм рт.ст. (лежа). Ригидность передней брюшной стенки. Гликемия - 3,0 ммоль/л.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте алгоритм лечения.

Задача № 8

Больной М., 40 лет поступил в клинику с жалобами на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы с резким повышением АД, лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни. В последнее время приступы участились. В клинике развился гипер-

тонический криз, который сопровождался резкой головной болью, потливостью, тахикардией, бледностью кожных покровов, тошнотой, рвотой, болями в животе.

Объективно: пониженного питания, холодные конечности, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. Кожные покровы влажные. Пульс 98 в мин. АД 260/120 мм рт.ст. В клиническом анализе крови - лейкоцитоз. Сахар крови 8,0 ммоль/л, в моче сахара нет.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие препараты необходимы для купирования криза у этого больного?

Задача № 9

В отделение неотложной кардиологии в состоянии чрезмерного возбуждения госпитализирован мужчина 37 лет с жалобами на боли в сердце, одышку, сердцебиение, дрожь в теле, двоение в глазах. Из анамнеза известно, в последние 2-3 мес беспокоит беспричинная головная боль, анальгетики малоэффективны. Также периодически возникают приступы сердцебиения, не связанного с физической нагрузкой, сопровождающегося профузным потоотделением. За это же время отмечает снижение массы тела на 4-5 кг при нормальном аппетите и периодическое повышение температуры тела до 37,137,4 °С. Накануне приступа был в гостях, где обильно поел (сыр, красное вино). Семейный анамнез без особенностей. При осмотре: кожные покровы бледные, профузное потоотделение, зрачки широко расширены, блеск глаз, тремор рук. Температура тела 37,6 °С. Щитовидная железа не увеличена. Отеков нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия - 120 в мин, сердечные тоны нормальные, артериальное давление - 300/170 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено. Клинический анализ крови: лейкоцитоз 14,0x10⁹ г/л, гематокрит 54%, СОЭ 25 мм/ч.

На ЭКГ определяются глубокие отрицательные зубцы Т в отведениях V1-4 двухфазные зубцы Т с первой положительной фазой в отведении V5.

1. Какой вероятный диагноз и меры неотложной помощи?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести пациенту?
3. Со стороны лабораторных исследований выявлены следующие отклонения:

Показатель		Референсные значения	
Сахар крови		7.2 ммоль/л	3,3-6,1 ммоль/л
Жирные кислоты		1.3 ммоль/л	0,30-0,90 ммоль/л
свободные		5.4 ммоль/л	3,4-5,3 ммоль/л
Калий		2,65 ммоль/л	2,0-2,5 ммоль/л
Кальций			

Задача № 10

В состоянии летаргии в реанимационное отделение доставлена женщина 63 лет. Из анамнеза (со слов родственников больной) выяснено, что в последнее время женщину беспокоила сильная жажда, обильное мочеиспускание, тошнота, боли в животе и запоры. Наблюдалась сонливость, нарастающая апатия. За последние 3-4 мес больная похудела на 5,0 кг. Длительное время больная принимала антациды. Сопутствующие заболевания: МКБ.

При осмотре определяются признаки выраженной дегидратации, кожные покровы со следами расчесов. На вопросы отвечает невнятно. Значительный дефицит массы тела. Сухожильные рефлексы снижены. В области левой доли щитовидной железы пальпируется крупный плотный узел до 2,0 см, периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца резко приглушены, пульс нитевидный 90 в мин, артериальное давление 130/90 мм рт.ст. При дальнейшем наблюдении появились судороги, резкая одышка, падение уровня артериального давления до 80/55 мм рт.ст. повышение температуры тела до 38,0 °С, возникла анурия.

Клинический анализ крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз 14,0X10⁹ г/л, гетокрит 39%, СОЭ 25 мм/ч. В биохимическом анализе крови выявлены следующие изменения: мочевины 13,0 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 190 Е/л, кальций 3,1 ммоль/л, фосфор 0,4 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л. На ЭКГ: синусовая тахикардия, расширение комплекса QRS, инверсия зубца Т во II и III отведениях.

1. Ваш вероятный диагноз?
2. Какие меры неотложной помощи необходимо предпринять?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести пациенту?

Задача № 11

В приемное отделение доставлена женщина 48 лет с судорожным синдромом. Со слов родственников выяснено, что длительное время занималась физическим трудом на дачном участке. При осмотре: больная в сознании, кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мышц лица со спазмом жевательной мускулатуры, «рука акушера», «конская стопа». В области передней

поверхности шеи послеоперационный рубец. Дисфагия. Речь невнятная. Дыхание затруднено. Тоны сердца резко приглушены, пульс 88 в минуту, артериальное давление 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. В биохимическом анализе крови выявлены следующие изменения: кальций 1,1 ммоль/л, фосфор 1,7 ммоль/л. На ЭКГ - удлинение интервала Q-T и S-T.

1. Ваш вероятный диагноз и меры неотложной помощи?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести пациенту?

Задача №12

Больная Н., 30 лет, страдает аддисоновой болезнью в течение 13 лет. Постоянно по утрам принимает по 5 мг преднизолона, соблюдает диету. В сутки добавляет к пище по 10 г натрия хлорида. Четыре дня тому назад заболела гриппом, температура тела поднималась до 39,8 С. Принимала аспирин по 0,5 г 3 раза в день.

Температура тела снизилась, однако состояние значительно ухудшилось, появилась тошнота, резкая боль в животе, частая рвота, не приносящая облегчения. В тяжелом состоянии доставлена в больницу.

Объективно: сознание угнетено. Кожа гиперпигментированная, сухая, холодная на ощупь. Пульс 56 уд. в минуту, нитевидный. АД – 60/20 мм рт. ст., тоны сердца резко ослаблены. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какую неотложную медицинскую помощь необходимо оказать больной (с указанием лекарственных средств, их доз и путей введения)?

Задача №13

Больная Л., 22 лет, жалуется на рост волос на лице и туловище по мужскому типу, отсутствие менструаций. Первые симптомы заболевания возникли в 18 лет в виде нарушения менструального цикла (нерегулярные, скудные менструации), а с 19 лет менструации прекратились.

Объективно: рост – 168 см, масса тела – 66 кг. Рост волос на подбородке, бедрах, на животе в виде дорожки между лобком и пупком. Пульс 72 уд. в мин, АД – 125/75 мм рт. ст. Границы сердца в норме, тоны громкие, ритмичные. Осмотр гинеколога: наружные половые органы развиты нормально, матка обычных размеров, яичники несколько увеличены.

Дополнительные исследования: ОГТТ: 5,2 – 9,0 ммоль/л, натрий плазмы крови – 142 ммоль/л, калий плазмы – 5,3 ммоль/л. Уровень 17-ГОП - 7,4 нг/дл, общий тестостерон – 3,1 нмоль/л.

Вопросы и задания:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты гормональных исследований.
3. Объясните вероятную причину гирсутизма.

Задача №14

Больная С., 26 лет, жалуется на выраженную общую слабость, утомляемость, головную боль, головокружение, отсутствие менструаций в течение 4 лет, запоры. Заболевание связывает с тяжелыми родами. Из-за отсутствия молока не вскармливала ребенка грудью.

Объективно: рост – 166 см, масса тела – 58 кг. Кожа сухая. Больная выглядит старше своего возраста. Лицо пастозно. Волосы на голове сухие, выпадают, скудный рост волос в подмышечных ямках и на лобке. Гипоплазия молочных желез. Пульс 70 уд. в мин. Границы сердца в норме, тоны ослаблены. АД – 100/60 мм рт. ст.

Осмотр гинеколога: матка маленькая, подвижная, яичники не пальпируются.

Вопросы:

1. Объясните, какие гормональные нарушения могут быть причиной таких жалоб, как выраженная общая слабость, головокружение, артериальная гипотензия?
2. Укажите, какие гормональные сдвиги могут быть причиной отсутствия менструаций, выпадения волос на лобке, в подмышечных ямках?
3. Сформулируйте диагноз, укажите этиологию заболевания.
4. Укажите, какие гормональные препараты необходимо назначить больной?
5. Какие еще исследования необходимо сделать?

Задача №15

Больная С., 19 лет, жалуется на резкое исхудание, повышенную утомляемость к концу дня, раздражительность, плохой сон, зябкость. Аппетит отсутствует. После еды нередко возникает тошнота, рвота съеденной пищей. Стул 1 раз в 2-3 дня.

Болеет около 2-х лет. Заболевание ни с чем не связывает. До болезни была полной (76 кг). С целью похудения резко ограничила себя в еде. Когда масса тела стала нормальной, аппетит вообще исчез, резко начала худеть. Часто болела ангиной, за год до этого перенесла грипп.

Объективно: рост – 166 см, масса тела – 46 кг. Кожа туловища обычной влажности, ладони влажные, с легким цианозом и мраморностью рисунка, холодные на ощупь. Рост волос в подмышечных ямках, на лобке соответствует возрасту. Умеренно выражен рост пушковых волос на плечах, бедрах, в межлопаточном пространстве. Молочные железы развиты, пальпируется железистая ткань, подкожная жировая клетчатка не развита. Пульс 78 уд. в мин., ритмичный. АД – 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Вопросы и задания:

1. Определите, имеются ли у больной симптомы гипокортицизма?
2. Определите, имеются ли у больной симптомы гипотиреоза?
3. Оцените результаты теста толерантности к глюкозе: 4,5 – 8,6 – 5.5 ммоль/л.
4. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз

Задача №16

Больной Р., 37 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную жажду (выпивает в сутки 16-18 л), частое, обильное мочеиспускание, головную боль, повышенную утомляемость, похудание. Заболел месяц назад после перенесенного гриппа. Не лечился.

Объективно: рост 172 см, масса тела 66 кг. Кожа сухая. Пульс 74 уд в минуту. АД 135/80 мм рт. ст. Тоны ритмичные.

Дополнительные исследования: Общий анализ крови без отклонений от нормы. Относительная плотность мочи 1002. Лейкоциты 3-4 в п/зрения. ОГТТ: 4,7-7,1-5,5 ммоль/л. Рентгенограмма черепа без отклонений от нормы. Осмотр окулиста – глазное дно и поля зрения в норме.

Вопросы и задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите, следует ли для дифференциальной диагностики провести больному пробу с сухоедением. Обоснуйте ответ.
3. Какую терапию Вы порекомендуете пациенту?

Задача №17

Больная К., 34 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, иногда чувство голода, головокружение, онемение и зябкость конечностей, запоры, отсутствие менструаций, похудание.

В течение 10 лет лечилась по поводу анемии, которая возникла после ручного отделения плаценты и кровотечения во время родов.

Объективно: рост 169 см, масса тела 57 кг. Отмечается вялость, речь и движения медленные, голос сиплый. Лицо пастозное, глазные щели сужены, кожа сухая, волосы на голове и бровях редкие, на лобке и в подмышечных ямках отсутствуют. Молочные железы гипоплазированы. Пульс 52 уд. в минуту. АД 90/69 мм рт. ст. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, СОЭ – 16 мм/ч, лейкоциты - $5,8 \cdot 10^9$ /л, глюкоза крови – 3,2 ммоль/л, калий крови – 5,3 ммоль/л, холестерин – 7,4 ммоль/л.

Вопросы и задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Дайте рекомендации по дополнительному обследованию больной.
3. Назначьте лечение.

Задача №18

Больная И., 28 лет, поступила в отделение с жалобами на общую слабость, отсутствие менструаций, рост волос на верхней губе, подбородке, избыточную массу тела.

Считает себя больной в течение 4-х лет. Начало заболевания связывает с перенесенными родами, после которых быстро возросла масса тела. Тогда же

повысилось артериальное давление, по поводу чего, без особого эффекта, лечилась в терапевтическом отделении.

Объективно: рост 168 см, масса тела 87 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки преимущественно в области туловища. Лицо расширено книзу, багрово-красное. Рост волос на верхней губе, подбородке, интенсивный рост волос на бедрах, голенях, предплечьях. Кожа мраморного рисунка, в области ягодиц цианоз. Багрово-красные полосы на коже живота. Небольшая пигментация кожи шеи, области пояса. Пульс 68 уд. в минуту, ритмичный. АД 180/115 мм рт. ст. Левая граница относительной тупости сердца смещена на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте.

Вопросы и задания:

1. Оцените, есть ли какие-либо данные, свидетельствующие о наличии у больной гиперкортицизма и гиперандрогении, если да, то какие именно.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Определите объем необходимых дополнительных исследований.

Задача №19

Больная 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в области шеи, усиливающиеся при глотании, головные боли, повышение температуры до 38.5°C. Заболела остро, ранее перенесла ОРЗ.

Объективно: щитовидная железа II степени увеличения, плотная, умеренный тремор рук, потливость. Пульс-100 в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные.

Анализ крови: лейкоциты- 19.2×10^9 /л, СОЭ-46мм/ча

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План дообследования.
3. Какое лечение показано?

Задача №20

Больная 47 лет, в течение 5 лет страдает диффузным токсическим зобом II степени. Раздражительна, плаксива. Отмечает потерю веса на 7 кг за последние 8-9 месяцев. В последний год отмечает появление приступов сердцебиения, удушья (особенно по ночам). Пульс -120 в минуту.

Вопросы:

1. Определите степень тяжести заболевания.
2. Какое дообследование показано?
3. Какая терапия показана?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	<p>раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа</p>	<p>навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа</p>	
<p>неудовлетворительно</p>	<p>слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа</p>	<p>неумение давать аргументированные ответы</p>	<p>отсутствие логичности и последовательности ответа</p>

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

№ п/п	Название издания	Кол-во экземпляров
1	2	3
1.	Дедов И.И. Эндокринология: учебник / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: Литтерра, 2015. - 412 с.	20 ЭКЗ
2.	Эндокринология : национальное руководство / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 832 с. - Доступ из ЭБС «Консультант Врача» - Текст: электронный	ЭР

Дополнительная литература.

№ п/п	Название издания	Кол-во экземпляров
1	2	3
1.	Мкртумян А.М. Неотложная эндокринология / А.М. Мкртумян, А.А. Нелаева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 128 с. - Доступ из ЭБС «Консультант Врача» - Текст: электронный	ЭР
2.	Эндокринная хирургия / под ред. И.И. Дедова, Н.С. Кузнецова, Г.А. Мельниченко. - Москва: Литтерра, 2014. – 344с. - Доступ из ЭБС «Консультант Врача» - Текст: электронный	ЭР

6.3. Интернет-ресурсы

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
	Консультант студента [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО»; «Медицина. Здравоохранение. СПО»; «Психологические науки»] : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Консультант	Доступ неограничен

студента». - URL: https://www.studentlibrary.ru + возможности для инклюзивного образования	
Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
БД издательства Springer Nature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (Нацпроект)	Доступ неограничен
Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен
Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile : архив. – URL : https://onlinelibrary.wiley.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Бессрочная подписка
Sage Publication : [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: https://sk.sagepub.com/books/discipline по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
Ovid Technologies : [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
Questel база данных Orbit Premium edition : база данных патентного поиска http://www.orbit.com/ по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Доступ ограничен
Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	Контент открытого доступа
Российское образование. Единое окно доступа : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ

	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
	Кокрейн Россия : российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
	Univadis from Medscape : международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
	DoctorSBP.ru : информ.-справ. Портал о медицине [для студентов и врачей]. – URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
	МЕДВЕСТИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
	Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ

		доступ
	КООВ.ru : электронная библиотека книг по медицинской психологии. - URL: http://www.koob.ru/medical_psychology/	Открытый доступ
	Президентская библиотека : сайт. - URL: https://www.prlib.ru/collections	Открытый доступ
	SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. - URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access	Контент открытого доступа
	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
	Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove	Контент открытого доступа
	Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа
	Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group. – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
	Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	Контент открытого доступа
	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
	Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии,	Открытый доступ

химии]. - URL: http://www.doaj.org/	
Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
International Scientific Publications. - URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
Эко-Вектор : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
Медлайн.Ру : научный биомедицинский журнал : сетевое электронное издание. - URL: http://www.medline.ru	Открытый доступ
Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index	Открытый доступ
Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/	Открытый доступ
Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ

	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
	История.РФ. [Главный исторический портал страны]. - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru → Библиотека → Электронный каталог → Открытые ресурсы интернет → далее по ключевому слову...	

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего

апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Этапность ответа: экзаменуемый по очереди отвечает на вопросы, указанные в билете: вначале на теоретический вопрос, затем дает ответ на ситуационную задачу.

1. Сахарный диабет 2 типа. Современные принципы терапии.

СД 2 типа – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее.

Лечение СД 2 типа должно быть комплексным и включать обучение принципам управления заболеванием, рекомендации по питанию, физической активности, назначение сахароснижающей терапии, самоконтроль гликемии, может включать хирургическое лечение (метаболическая хирургия) при морбидном ожирении.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ

1. Питание должно быть частью терапевтического плана и способствовать достижению метаболических целей при любом варианте медикаментозной сахароснижающей терапии. В то же время, поскольку питание является важной составляющей образа жизни и оказывает сильное влияние на качество жизни, при формировании рекомендаций по питанию должны учитываться персональные предпочтения.
В целом речь идет не о жестких диетических ограничениях, которые трудно реализовать на долгосрочной основе, а о постепенном формировании стиля питания, отвечающего актуальным терапевтическим целям.
2. Всем пациентам с избыточной массой тела/ожирением рекомендуется ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Это обеспечивает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном применении физических нагрузок и обучающих программ.
3. Резкие, нефизиологические ограничения в питании и голодание противопоказаны.
4. Идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов для всех пациентов с СД не существует. Рекомендации формируются на основе анализа актуального образца питания и метаболических целей. Как

правило, полезным для снижения массы тела может быть максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренное (в размере половины привычной порции) – продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; неограниченное потребление – продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей).

5. Учет потребления углеводов важен для достижения хорошего гликемического контроля. Если пациент с СД 2 типа получает ИКД (ИУКД), оптимальным подходом является обучение подсчету углеводов по системе «хлебных единиц». В других случаях может быть достаточно практически ориентированной оценки.
6. С точки зрения общего здоровья, следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащих дополнительно насыщенные или транс жиры, сахара или натрия. Важно также включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла).
7. Не доказана польза от употребления в виде препаратов витаминов (в отсутствие признаков авитаминоза), антиоксидантов, микроэлементов, а также каких-либо пищевых добавок растительного происхождения при СД.
8. Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей.
9. Употребление алкогольных напитков возможно в количестве не более 1 условной единицы для женщин и 2 условных единиц для мужчин в сутки (но не ежедневно) при отсутствии панкреатита, выраженной нейропатии, гипертриглицеридемии, алкогольной зависимости. Одна условная единица соответствует 15 г этанола, или примерно 40 г крепких напитков, или 140 г вина, или 300 г пива. Употребление алкоголя увеличивает риск гипогликемии, в том числе отсроченной, у тех пациентов, которые получают секретагоги и инсулин. Необходимо обучение и постоянный контроль знаний о профилактике гипогликемий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ (ФА)

Регулярная ФА при СД 2 типа способствует достижению целевых уровней гликемического контроля, помогает снизить и поддержать массу тела, уменьшить инсулинорезистентность и степень абдоминального ожирения, способствует улучшению дислипидемии, повышению сердечно-сосудистой тренированности. ФА подбирается индивидуально, с учетом возраста больного, осложнений СД, сопутствующих заболеваний, а также переносимости. Рекомендуются аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут, предпочтительно ежедневно, но не менее 3 раз в неделю. Суммарная продолжительность – не менее 150 минут в неделю. Противопоказания и меры предосторожности определяются наличием осложнений СД и сопутствующих заболеваний.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ, основные группы препаратов и механизмы их действия

- препараты сульфонилмочевины - стимуляция секреции инсулина;
- глиниды (меглитиниды) - стимуляция секреции инсулина;
- бигуаниды (метформин) - снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани;
- тиазолидиндионы - снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани, снижение продукции глюкозы печенью;
- ингибиторы α -глюкозидаз - замедление всасывания углеводов в кишечнике;
- агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 - глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина, глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью, замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи, снижение массы тела;
- ингибиторы дипептидилпептидазы-4 - глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина, глюкозозависимое подавление секреции глюкагона, снижение продукции глюкозы печенью, не вызывают замедления опорожнения желудка, нейтральное действие на массу тела;
- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа - снижение реабсорбции глюкозы в почках, снижение массы тела, инсулиннезависимый механизм действия;
- инсулины - все механизмы, свойственные эндогенному инсулину.

2. Задача

Больной П., 60 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 15 лет. По поводу сахарного диабета принимал манинил.

Со слов родных выяснено, что больной по поводу гипертонической болезни в течение длительного времени бесконтрольно принимал мочегонные препараты. За 3 дня до поступления в клинику у больного появилась сильная жажда, полиурия, одышка, резкая мышечная слабость. Состояние больного ухудшилось и родственники доставили его в бессознательном состоянии в клинику.

Объективно: состояние тяжелое, в коме. Сухость кожи и слизистых, снижен тонус глазных яблок. Язык сухой, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Выраженные отеки нижних конечностей и мошонки. Тоны сердца глухие, АД 60/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у реберной дуги. Уровень глюкозы в крови 50,6 ммоль/л, рН крови 7,4, натрий крови 154 ммоль/л, в моче сахар 6%, ацетона нет.

4. Поставьте диагноз.
5. Что спровоцировало данное состояние.
6. Ваш план лечения.

Ответ на задачу

1. Сахарный диабет 2 типа, гиперосмолярная кома.
2. Бесконтрольный прием мочегонных препаратов.

3. Инфузионная регидратация гипотоническим 0,45% раствором хлорида натрия. Скорость регидратации: первый час - 1000-1500 мл физ. раствора; второй и третий час - по 500-1000 мл физ. раствора; последующие часы - по 250-500 мл физ. раствора при обязательном мониторинге ЦВД, ежечасного диуреза. Инсулинотерапия - режим непрерывной инфузии малых доз инсулина - 0,05 ЕД на кг массы тела больного, при этом гликемия должна снижаться на 3-4 ммоль/л/ч. Когда гликемия снижается до 12-14 ммоль/л, к инфузионному раствору добавляют 5% р-р глюкозы (150-200 мл/ч). Коррекция электролитных расстройств.