


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

**УТВЕРЖДЕНО**  
решением Ученого совета ИМЭиФК УлГУ  
от «17» мая 2023г., протокол №\_9/250



Председатель

В.И.Мидленко  
(подпись, расшифровка подписи)

«17» мая 2023г.

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС)

Дисциплина:	Эндокринология
Факультет	Медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова
Кафедра	Факультетской терапии
Курс	5 курс

Направление (специальность) \_\_\_\_\_ 31.05.01 «Лечебное дело» \_\_\_\_\_

Направленность (профиль/специализация) \_\_\_\_\_

Форма обучения \_\_ очная

Дата введения в учебный процесс УлГУ: «01» сентября 2023г.

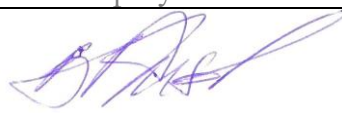
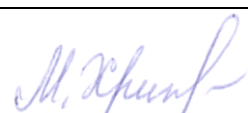
ФОС актуализирован на заседании кафедры: протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.


ФОС актуализирован на заседании кафедры: протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

ФОС актуализирован на заседании кафедры: протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Сведения о разработчиках:


ФИО	Кафедра	Должность, ученая степень, звание
Слободнюк Н.А.	Факультетской терапии	Доцент, к.м.н.

СОГЛАСОВАНО	СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой, реализующей дисциплину факультетской терапии	Заведующий выпускающей кафедрой госпитальной терапии
 / Рузов В.И. / «17» мая 2023г.	 / Визе-Хрипунова М.А. «17» мая 2023г.


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

## 1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ / СПЕЦИАЛЬНОСТИ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ОПОП

№ семестра	Наименование дисциплины (модуля)	Индекс компетенции		
		ОПК-7	ПК-2	ПК-3
9	Эндокринология	+	+	+
5,6	Пропедевтика внутренних болезней.		+	+
5	Общая хирургия. Введение в специальность.	+	+	+
5,6	Патологическая анатомия		+	
5,6	Фармакология	+		
7	Стоматология	+	+	+
8	Дерматовенерология	+	+	+
7,8	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия		+	+
7	Оториноларингология		+	+
7,8	Педиатрия		+	+
9	Профессиональные болезни			+
7,8	Факультетская хирургия		+	
7,8,9,А	Акушерство и гинекология	+	+	
7,8	Факультетская терапия	+	+	
9	Офтальмология		+	+
9	Психиатрия, медицинская психология	+	+	
9АВС	Госпитальная терапия	+	+	
9А	Инфекционные болезни	+	+	
А	Травматология, ортопедия		+	
9АВС	Поликлиническая терапия	+		+
9АВ	Госпитальная хирургия, детская хирургия	+	+	+
В	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	+		

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


С	Фтизиатрия	+	+	+
А	Судебная медицина		+	
В	Клиническая фармакология	+		
С	Онкология, лучевая терапия	+	+	
9	Клиническая психология	+		
С	Лучевая диагностика	+	+	+
7	Современные аспекты неврологии	+	+	
В	Актуальные вопросы гинекологии		+	+
С	Современные аспекты онкологии		+	
С	Актуальные вопросы внутренних болезней		+	
8	Урология и андрология		+	+
С	Паллиативная медицина			+
А	Современные проблемы невынашивания беременности			+
А	Диабетология и неотложная эндокринология			+
С	Диагностика и лечение внелегочного туберкулеза		+	
С	Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия		+	
6	Клиническая патологическая анатомия		+	
С	Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции		+	
С	Клиническая электрокардиография		+	
2	Уход за больными терапевтического профиля		+	
2	Помощник младшего медицинского персонала		+	
4	Ознакомительная практика		+	
4	Помощник палатной медицинской сестры		+	
6	Помощник медицинской сестры		+	
6	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на должностях среднего медицинского персонала		+	
5	Диагностическая практика			
А	Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения	+		+

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


8	Помощник врача стационарного учреждения		+	
С	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	+	+	+

## 2. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ


№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с индикаторами достижения компетенций		
			Знать:	Уметь:	Владеть:
1	ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику у показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств, побочные эффекты; общие принципы оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств; методы лечения и показания к их применению; механизм лечебного действия лечебной физкультуры и физиотерапии, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения;	пользоваться физическим, химическим и биологическим оборудованием; классифицировать химические соединения, основываясь на их структурных формулах; прогнозировать направление и результат физико-химических процессов и химических превращений биологически важных веществ; пользоваться номенклатурой IUPAC	методами анализа клинических, лабораторных и инструментальных данных для определения алгоритма ведения пациента, составления схем медикаментозного и немедикаментозного лечения.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

			<p>         виды и методы современной общей анестезии (масочный, эндотрахеальный, внутривенный), профилактики послеоперационных легочных осложнений, - клиническо-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов, включая основы антидопингового законодательства.       </p>	<p>         возможность их использования для терапевтического лечения; выписывать рецепты лекарственных средств, использовать различные лекарственные формы при лечении определенных патологических состояний, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики; применять основные антибактериальные и противовирусные и биологические препараты; оценивать возможные проявления при передозировке лекарственных средств и способы их устранения; сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических       </p>	
--	--	--	--	---	--

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


				синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; применять различные способы введения лекарственных препаратов.	
2	ПК-2	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственно го исследования больного терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля; современные методы клинического, лабораторного, инструментально го обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику).	определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация); провести первичное обследование систем и органов: дыхательной, сердечно-сосудистой, крови и кроветворных органов, пищеварительной, эндокринной и мочевыделительной; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для	методами общеклинического объективного обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) при заболеваниях внутренних органов; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики при патологии внутренних органов.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

				уточнения диагноза и получения достоверного результата.		
3	ПК-3	Готовность к ведению лечения пациентов различными нозологическими формами амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	к и с в и	критерии диагноза наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. Особенности организации и объема работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показаний для плановой госпитализации; особенности лечения заболеваний внутренних органов в амбулаторно-поликлинических условиях, в т.ч. условиях дневного стационара.	сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств; разработать алгоритм тактики ведения больного терапевтического профиля в поликлинике.	алгоритмом определения тактики ведения больного с терапевтической патологией, проведение дифференциального диагноза при терапевтической патологии.


### 3. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№	Контролируемые	Индекс	Оценочные средства	Технология
---	----------------	--------	--------------------	------------

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

п/п	модули/разделы/темы дисциплины	контролируемой компетенции (или ее части)	наименование		оценки (способ контроля)
1	Сахарный диабет	ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Вопросы Тесты Ситуационные задачи	1,2,13,14,26,35 1,4,6,10,16,24-26,39,44,45,7980-83 1-3,15-17,20-21	Опрос на занятии, решение ситуационных задач, тестирование
2	Сахарный диабет	ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Вопросы Тесты Ситуационные задачи	3,4,15,22,25,29,34 7,8,20-22,39-35 14,18,19,22,23	Опрос на занятии, решение ситуационных задач, тестирование
3	Диффузный токсический зоб. Гипотиреоз. Тиреоидиты. Эндемический и узловой зоб	ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Вопросы Тесты Ситуационные задачи	6,8,9,17,18,30,31 3,7,14,15,,17,28-30,32,37,42,43,46,47,61,62,64-70,96-99 4-13,24,25,31-35	Опрос на занятии, решение ситуационных задач, тестирование
4	Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Акромегалия, гигантизм. Несахарный диабет	ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Вопросы Тесты Ситуационные задачи	7,21,24,27,32 11-13,49-59,63,89-92 26,27,28,29,30	Опрос на занятии, решение ситуационных задач, тестирование
5	Феохромоцитома. Хроническая надпочечниковая недостаточность	ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Вопросы Тесты Ситуационные задачи	5,10,11,16,19,20,23,36 5,8,9,23,27,33,36,38,40,41,48,71-77,84-88 46-59	Опрос на занятии, решение ситуационных задач, тестирование
6	Метаболический синдром и ожирение	ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Вопросы Тесты	12,28,33 2,18,19,31,34,35	Опрос на занятии, решение ситуационных задач, тестирование,




Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

					собеседование на зачете
--	--	--	--	--	----------------------------


#### 4. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ, КОНТРОЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

##### 4.1. Тесты (тестовые задания) для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся


Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ОПК-7	1	Укажите механизм действия группы бигуанидов: 1) тормозят глюконеогенез в печени; 2) способствуют снижению массы тела; 3) снижают концентрацию липопротеидов низкой плотности в крови; 4) + все перечисленное;
ОПК-7	2	Для лечения метаболического синдрома применяются препараты: 1) сахароснижающие; 2) гипотензивные; 3) статины; 4) + все перечисленное;
ОПК-7	3	Абсолютным противопоказанием для применения мерказолила является: +1) агранулоцитоз; 2) беременность; 3) аллергические реакции на йодистые препараты; 4) гиповолемия;
ОПК-7	4	Сахарный диабет первого типа следует лечить: 1) только диетотерапией; 2) сульфаниламидными препаратами; +3) инсулином на фоне диетотерапии; 4) голоданием;
ОПК-7	5	Основными методами лечения болезни Иценко – Кушинга являются все, за исключением: 1) хирургический метод; 2) лучевой метод; 3) + медикаментозная терапия; 4) все перечисленное;
ОПК-7	6	К механизму действия препаратов группы инкретинов относится: 1) контроль функции альфа-клеток поджелудочной железы; 2) стимуляция секреции инсулина бета-клетками; 3) задерживание пищи в желудке; +4) все перечисленное;
ОПК-7	7	При тяжелом гипотиреозе в сочетании со стенокардией третьего функционального класса надлежит: 1) не назначать лечение;

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		2) начать лечение с больших доз тироксина; +3) начать лечение с малых доз тироксина; 4) начать лечение с тирозола;
ОПК-7	8	Препаратом выбора лечения острой надпочечниковой недостаточности является: 1) преднизолон; 2) +гидрокортизон гемисукцинат; 3) изотонический раствор хлорида натрия; 4) все перечисленное;
ОПК-7	9	Основным методом лечения феохромоцитомы является: 1) +хирургический метод; 2) альфа – адреноблокаторы; 3) бета – адреноблокаторы; 4) все перечисленное;
ОПК-7	10	Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)? 1) усиление полиурии; 2) кетоацидоз; +3) лактоацидоз; 4) агранулоцитоз;
ОПК-7	11	К методам лечения соматотропиномы относится: А) хирургический (транскраниальная и трансфеноидальная аденомэктомия) Б) лучевой (дистанционная гамма терапия и протонотерапия) В) Медикаментозный (аналоги соматостатина, агонисты допамина) Г) все перечисленное
ОПК-7	12	Лечение центрального несахарного диабета проводят: А) хирургическим методом +Б) десмопрессином; В) тиазидными диуретиками; Г) нестероидными противовоспалительными средствами
ОПК-7	13	Выбор фармацевтической формы препарата десмопрессинона и подбор дозы должны проводиться: А) по массе тела; +Б) по объёму диуреза; В) по полу и возрасту; Г) все перечисленное
ПК-2	14	При первичном гипотиреозе в крови: +1) повышенный уровень ТТГ; 2) пониженный уровень ТТГ; 3) нормальный уровень ТТГ; 4) исследование ТТГ не имеет диагностической важности;
ПК-2	15	Зобом является: 1) хорошо пальпируемая щитовидная железа; 2) заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции; 3) +увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин; 4) пальпируемое узловое образование щитовидной железы;
ПК-2	16	Гормонов стимулирующий липогенез:

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		+1) инсулин; 2) кортизол; 3) соматотропный; 4) глюкагон
ПК-2	17	Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как: 1) диффузный токсический зоб; +2) эндемический зоб; 3) спорадический зоб; 4) тиреоидит де Кервена;
ПК-2	18	Окружность талии при центральном (абдоминальном) типе ожирения превышает: 1)+80 см у женщин и 94 см у мужчин; 2)90 см у женщин и 84 у мужчин; 3)102 см у женщин и 94 у мужчин; 4)все перечисленное
ПК-2	19	Самыми активными стимуляторами секреции инсулина являются: 1)аминокислоты; 2) свободные жирные кислоты; +3) глюкоза; 4) фруктоза;
ПК-2	20	Основная причина гиперосмолярной комы: 1)недостаток инсулина+ гипоксия; 2) недостаток инсулина+переедание; +3) недостаток инсулина+обезвоживание 4)все перечисленное
ПК-2	21	Основная причина лактатацидоза: +1)недостаток инсулина+ гипоксия; 2) недостаток инсулина+переедание; 3) недостаток инсулина+обезвоживание 4)все перечисленное
ПК-2	22	Основная причина диабетической комы: 1)недостаток инсулина+ гипоксия; +2) недостаток инсулина; 3) недостаток инсулина+обезвоживание 4)все перечисленное
ПК-2	23	Основным звеном патогенеза болезни Иценко-Кушинга является: +1) развитие макроаденом гипофиза с повышением секреции АКТГ; 2) катаболическое действие кортикостероидов; 3) снижение уровня АКТГ в связи с нарушением секреции кортиколиберина; 4) развитие выраженных электролитных нарушений;
ПК-2	24	Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете 1 типа является 1)кетоацидотическая кома; 2) гиперосмолярная кома; +3) инфаркт миокарда; 4) гангрена нижних конечностей; 5) диабетическая нефропатия.
ПК-2	25	Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		1) С-пептид; 2) средняя суточная гликемия; +3) гликолизированный гемоглобин; 4) средняя амплитуда гликемических колебаний
ПК-2	26	Какой показатель HbA1c свидетельствует о СД: 1) >7,0% 2) >7,5% 3) + >6,5% 4) >6%
ПК-2	27	Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников вызывается: +1) повышенной секрецией АКТГ; 2) повышенной секрецией соматостатина; 3) пониженной секрецией АКТГ; 4) повышенной секрецией ТТГ
ПК-2	28	Для поражения сердца при диффузном токсическом зобе характерно: 1) постоянная синусовая тахикардия; 2) развитие мерцания предсердий; 3) формирование недостаточности кровообращения; + 4) все вышеперечисленное
ПК-2	29	Лабораторным показателем эффективности лечения гипотиреоза является: 1) снижение уровня холестерина в крови; 2) нормализация уровня глюкозы в крови; 3) нормализация уровня тиреоглобулина в крови; 4) + нормализация уровня ТТГ в крови
ПК-2	30	Узловой зоб 1 степени выставляется при: 1) размере щитовидной железы менее дистальной фаланги большого пальца исследуемого; 2) размере щитовидной железы более дистальной фаланги большого пальца исследуемого; 3) + размере щитовидной железы более дистальной фаланги большого пальца исследуемого, но не видна при нормальном положении шеи; 4) щитовидная железа видна при нормальном положении шеи
ПК-2	31	Для конституционально-экзогенного ожирения характерно: 1) симптомы внутричерепной гипертензии; 2) + наследственная предрасположенность; 3) задержка роста; 4) ускорение развития скелета;
ПК-2	32	Критерием ВОЗ аутоиммунного тиреоидита является: 1) повышение уровня ТТГ; 2) на УЗИ участки повышенной и пониженной эхогенности в структуре щитовидной железы; 3) наличие аутоантител к тироглобулину и тиреопероксидазе; 4) + все вышеперечисленное
ПК-2	33	При случайном выявлении образования в надпочечнике у пациента с артериальной гипертензией возможно проведение всех перечисленных исследований, кроме: 1) малая дексаметазоновая проба; 2) определение суточной экскреции метанефрина и норметанефрина; 3) + пункционная биопсия образования под контролем КТ или УЗИ; 4) определение уровня альдостерона и ренина;

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		5)определение суточной экскреции кортизола
ПК-2	34	Девушка 16 лет страдает значительным ожирением (вес 116 кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже узкие розовые полосы. Избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД-160/100 мм рт. ст. Предположительный диагноз: +1) гипоталамический синдром пубертатного периода; 2) ожирение; 3) болезнь Иценко-Кушинга; 4) синдром Иценко-Кушинга
ПК-2	35	Какой степени ожирения соответствует ИМТ от 30 до 34.9 1)3 степени; +2) 1 степени; 3) 2 степени; 4) избыточной массе тела
ПК-2	36	Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики: 1) гипоталамического синдрома и синдрома Кушинга; 2) ожирения и болезни Кушинга; +3) нормы и синдрома Кушинга; 4) болезни и синдрома Кушинга
ПК-2	37	При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиреотропного гормона: 1) нормальная; +2) подавлена; 3) повышена.
ПК-2	38	Для аддисонического криза характерны: 1) неукротимая рвота; 2) падение АД; 3)адинамия; +4) все вышеперечисленное
ПК-2	39	Специфический тип сахарного диабета встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме: 1)акромегалии; 2)синдроме Иценко-Кушинга; 3)+хронической надпочечниковой недостаточности; 4)синдроме Дауна
ПК-2	40	К клиническим формам острой надпочечниковой недостаточности относится все, кроме: 1)сердечно-сосудистой формы; 2)желудочно-кишечной (псевдоперитонеальной); 3)нервно-психической (менингоэнцефалитической); 4)+легочной
ПК-2	41	Основным клиническим проявлением феохромоцитомы является: 1)потливость; 2) +кризовое течение артериальной гипертензии; +кризовое течение артериальной гипертензии 3)похудание; 4) слабость;
ПК-2	42	Назовите наименее типичное клиническое проявление врожденного гипотиреоза:

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		<p>1)затяжная желтуха;</p> <p>2) +увеличение щитовидной железы;</p> <p>3) муцинозный отек кожи и подкожно-жировой клетчатки;</p> <p>4)отставание в психомоторном развитии;</p> <p>5)запоры</p>
ПК-2	43	<p>Симптом Штельвага это:</p> <p>1)отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх;</p> <p>2)отставание верхнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз;</p> <p>3)отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх;</p> <p>4)+редкое мигание;</p>
ПК-2	44	<p>У юноши 18 лет после гриппа появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови - 16 ммоль/л, в моче -5%, ацетон в моче. Какой тип диабета у больного:</p> <p>+1) сахарный диабет 1 типа;</p> <p>2) сахарный диабет 2 типа;</p> <p>3) сахарный диабет 2 типа инсулинзависимый;</p> <p>4) сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY);</p>
ПК-2	45	<p>У женщины 45 лет с ожирением случайно (при диспансерном обследовании) выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче не определяется. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Какой тип диабета у больной:</p> <p>1) сахарный диабет 1 типа;</p> <p>+2) сахарный диабет 2 типа;</p> <p>3) сахарный диабет 2 типа инсулинзависимый;</p> <p>4) сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY)</p>
ПК-2	46	<p>Холодный узел в щитовидной железе - это:</p> <p>1) узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп;</p> <p>+2) узел, который не поглощает изотоп;</p> <p>3) узел, который поглощает радиоактивный изотоп так же, как и окружающая ткань;</p> <p>4) эктопированная ткань щитовидной железы.</p>
ПК-2	47	<p>Особенностями изменения характера речи больных гипотиреозом являются:</p> <p>+1) замедленная, невнятная;</p> <p>2) быстрая, характерно многословие;</p> <p>3) высокая эмоциональность речи, красочное описание симптомов болезни.</p> <p>4) речь не изменена</p>
ПК-2	48	<p>В отличие от гипертонической болезни, для феохромоцитомы типично:</p> <p>1) развитие у лиц молодого возраста;</p> <p>2) неэффективность гипотензивной терапии;</p> <p>3) повышение уровня катехоламинов и ванилилминдальной кислоты в моче</p> <p>+4) все вышеперечисленное</p>
ПК-2	49	<p>Клинические проявления костных нарушений у пациентов с акромегалией:</p> <p>А)фронтальный гиперостоз,</p> <p>Б)заболевания височно–нижечелюстного сустава,</p> <p>В)остеоартриты, дорзальный кифоз</p>


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		+Г)все перечисленное
ПК-2	50	Дермальные нарушения у пациентов с акромегалией не включают: А)гирсутизм, Б)себорея, +В)стрии Г)гидраденит
ПК-2	51	Оптимальным методом диагностики соматотропиномы является: +А)магнитно–резонансная томография Б)исследование суточного ритма секреции гормона роста, В)ИПФР (инсулиноподобного фактора роста)
ПК-2	52	К методам диагностики соматотропиномы относятся: А)магнитно–резонансная томография Б)исследование суточного ритма секреции гормона роста, В)ИПФР (инсулиноподобного фактора роста) +Г)все перечисленное
ПК-2	53	Проба на стимуляцию секреции гормона роста: А)инсулиновая гипогликемия Б)проба с тиролиберином В)соматолиберином) +Г)все перечисленной
ПК-2	54	Клинические проявления сердечно-сосудистых нарушений у пациентов с акромегалией: А)артериальная гипертензия, Б)кардиомиопатия (гипертрофия левого желудочка, нарушение сердечного ритма: А–V белок, блокада ветвей и др.), В)ИБС, нарушение мозгового кровообращения +Г)все перечисленное
ПК-2	55	Клинические проявления центральных и периферических нарушений нервной системы у пациентов с акромегалией: А)сужение полей зрения, Б)синдром карпального канала, В)проксимальная миопатия. нарушений +Г)все перечисленное
ПК-2	56	Эндокринные и метаболические нарушения у пациентов с акромегалией включают: А)нарушения менструального цикла, снижение либидо и потенции, Б)лакторея с/без гиперпролактинемии, В)узлы щитовидной железы с/без нарушения функции, Г)нарушение толерантности к глюкозе и диабет, Д)гиперкальцеурия с уролитиазом, холелитиаз +Е)все перечисленное
ПК-2	57	Процесс обусловлен избыточной продукцией соматотропного гормона опухолью, располагающейся в передней доле гипофиза называется: А)болезнью Иценко-Кушинга +Б)гигантизмом В) синдромом Иценко-Кушинга Г)синдромом пустого турецкого седла
ПК-2	58	Необходимыми для подтверждения диагноза несахарного диабета лабораторными методами обследования являются: А) определение пролактина и паратгормона;


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		Б)биохимический анализ крови; В)определение тиреотропного гормона; +Г)анализ мочи по Нечипоренко
ПК-2	59	Для уточнения диагноза несахарного диабета необходимо провести: +А)пробу с сухоедением и тест с десмопрессином; Б)малый дексаметазоновый тест и пероральный глюкозотолерантный тест; В)пробу с инсулиновой гипогликемией; Г)пробу с трехдневным голоданием
ПК-2	60	При аутоиммунном тиреоидите ультразвуковая картина характеризуется +А)диффузно-неоднородной структурой Б)множественными узловыми образованиями В)кистозными образованиями Г)увеличением объема щитовидной железы
ПК-2	61	При эндемичной зобе ультразвуковая картина характеризуется А)диффузно-неоднородной структурой Б)множественными узловыми образованиями В)кистозными образованиями +Г)увеличением объема щитовидной железы
ПК-2	62	При узловом зобе ультразвуковая картина характеризуется А)диффузно-неоднородной структурой Б) узловым образованием В)кистозными образованиями Г)увеличением объема щитовидной железы
ПК-2	63	Для акромегалии характерно: А)значительное снижение массы тела +Б)увеличение размеров кистей и стоп В)увеличение линейного роста Г)сухость кожных покровов
ПК-2	64	Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз диффузного токсического зоба , являются антитела к : +А)рецептору тиреотропного гормона; Б)тиреоглобулину; В)тиреопероксидазе; Г)глутаматдекарбоксилазе
ПК-2	65	Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз аутоиммунного тиреоидита, являются антитела к: А)рецептору тиреотропного гормона; Б) глутаматдекарбоксилазе; +В)тиреопероксидазе; Г)все перечисленное
ПК-2	66	Необходимым для уточнения диагноза подострого тиреоидита лабораторным показателем является: А) кальцитонин;; Б)тиреоглобулин; +В) скорость оседания эритроцитов; Г)паратиреоидный гормон
ПК-2	67	Учитывая выявление у пациентки узлового образования щитовидной железы, показана дополнительная оценка уровня: А) антител к тиреоглобулину;




Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		Б)антител к тиреопероксидазе; +В) кальцитонина; Г)тиреоглобулина
ПК-2	68	Первоочередным для постановки диагноза узлового зоба инструментальным методом обследования является: А)тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы; Б)сцинтиграфия щитовидной железы; +В)ультразвуковое исследование щитовидной железы обоснование; Г)рентгенография с контрастированием пищевода барием
ПК-2	69	Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение: +А)тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы; Б)сцинтиграфии щитовидной железы; В)рентгенографии с контрастированием пищевода барием; Г)компьютерной томографии шеи
ПК-2	70	Первоочередным для постановки диагноза диффузного токсического зоба инструментальным методом обследования является: А)ультразвуковое исследование щитовидной железы Б)тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы +В)сцинтиграфия щитовидной железы Г)рентгенография с контрастированием пищевода барием
ПК-2	71	Причины развивается пигментация кожных покровов при хронической надпочечниковой недостаточности: А) дефицит кортизола и альдостерона +Б)гиперсекреция предшественника АКТГ (ПОМК – проопиомеланокортин), из которого также в избытке образуется меланоцитстимулирующий гормон В)гипосекреция АКТГ Г)все перечисленное
ПК-2	72	Профилактика декомпенсации хронической надпочечниковой недостаточности и развития острой надпочечниковой недостаточности подразумевает: А)постоянный прием заместительной терапии, Б)увеличение дозы глюкокортикостероидов при возникновении сопутствующих заболеваний, В)переход на парентеральное введение глюкокортикостероидов в случае тяжелых заболеваний и операций, +Д)все перечисленное
ПК-2	73	Диагностические исследования при острой надпочечниковой недостаточности включают определение уровня: А)гематокрита, Б)калия, натрия, В)глюкозы, креатинина +Г)все перечисленное
ПК-2	74	Исследования для уточнения диагноза феохромоцитомы: А)определение экскреции с мочой адреналина, норадреналина, винилминдальной кислоты, определение метанефрина и норметанефрина суточной моче после прекращения криза Б)УЗИ и КТ надпочечников В)функциональные пробы с тропафеном

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		+Г)все перечисленное
ПК-2	75	Причиной вторичной надпочечниковой недостаточности служит: А)избыточная секреция кортизола надпочечниками Б)недостаточная секреция альдостерона надпочечниками +В)снижение секреции АКТГ гипофизом Г)аутоиммунное поражение надпочечников
ПК-2	76	Для подтверждения надпочечниковой недостаточности аутоиммунного генеза, необходимо исследовать антитела к: А) тиреопероксидазе; Б)тиреоглобулину; +В) ферменту надпочечникового стероидогенеза (p450c21) Г)глутаматдекарбоксилазе
ПК-2	77	Для болезни Аддисона (первичной надпочечниковой недостаточности) характерен такой симптом, как А)повышенный аппетит Б)артериальная гипертония +В)гиперпигментация Г)повышение массы тела
ПК-2	78	Ранним клиническим признаком поражения сетчатки при сахарном диабете является: +А) появление микроаневризм Б) появление новообразованных сосудов В) тракционная отслойка сетчатки Г) появление «ватных» экссудатов
ПК-2	79	С момента последнего приема пищи до проведения орального глюкозотолерантного теста должно пройти на менее (в часах): А)12 Б)6 +В)8 Г)10
ПК-2	80	Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз сахарного диабета 1 типа, являются антитела к: А)рецептору тиреотропного гормона; Б)тиреоглобулину; В)тиреопероксидазе; +Г)глутаматдекарбоксилазе
ПК-2	81	Поставьте предварительный диагноз пациенту 28 лет с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела, общую слабость, тошноту, однократную рвоту. Болен около 2-х месяцев, беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела на 10 кг. Объективный статус: Состояние средней тяжести. Отмечается запах моченых яблок изо рта. А)Сахарный диабет 2 типа. Диабетический кетоацидоз; +Б)Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз; В)Нарушение толерантности к глюкозе. Лактат-ацидоз; Г)Нарушение гликемии натощак. Кетонурия
ПК-2	82	Пациент 28 лет завершил стационарное лечение по поводу впервые выявленного сахарного диабета 1 типа, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c менее _____ %.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		+А)6 Б)6,5 В)7 Г)7,5
ПК-3	83	Тактика ведения пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа и выраженным кетоацидозом заключается в: А)госпитализации в стационар и назначении инсулинотерапии; Б)назначении пероральной сахароснижающей терапии; В)назначении инфузионной терапии с бикарбонатами; Г)назначении инсулина длительного действия с гликлазидом
ПК-3	84	Принципы оказания неотложной помощи при хронической надпочечниковой недостаточности: А)заместительная терапия глюкокортикостероидами парентерально, Б)борьба с дегидратацией, В)борьба с электролитными нарушениями, Г)борьба с коллапсом, +Д)все перечисленное
ПК-3	85	Препарат выбора для купирования феохромоцитомного криза: А)каптоприл 25-50 мг под язык Б) пропранолол 10-20 мг под язык +В)тропафен. 1-2 мл 1% раствора в/в или в/м Г)нифедипин 10-20 мг под язык
ПК-3	86	Терапия феохромоцитомы при кризе: А)альфа-адреноблокаторы, Б)при необходимости добавить бета-блокаторы (празозин, фентоламин, обзидан) В)при отсутствии метастазов - хирургическое вмешательство, в случае неуправляемой гемодинамики - экстренное хирургическое вмешательство +Г)все перечисленное
ПК-3	87	Терапия острой надпочечниковой недостаточности: А)системные глюкокортикостероиды (гидрокортизон 100-150 мг в/в струйно, затем каждые по 50-75 мг каждые 4-6 часов на протяжении первых суток) Б)инфузионная терапия – в/в введение не менее 3-4 л жидкости (изотонический раствор, раствор глюкозы, белковые препараты) В)симптоматическая терапия +Г)все перечисленное
ПК-3	88	Тактика лечения первичной хронической надпочечниковой недостаточности исключает: А) прием глюкокортикоидов Б) прием минералокортикоидов +В)уменьшение приема натрия и увеличение приема калия Г)все перечисленное
ПК-3	89	Для медикаментозного лечения акромегалии используются: +А)аналоги соматостатина Б)препараты гормона роста В)диуретики Г)глюкокортикостероиды
ПК-3	90	Лечение центрального несахарного диабета проводят: А)хирургическим методом

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		+Б) десмопрессином; В) тиазидными диуретиками; Г) нестероидными противовоспалительными средствами
ПК-3	91	Выбор фармацевтической формы препарата десмопрессина и подбор дозы должны проводиться: А) по массе тела; +Б) по объёму диуреза; В) по полу и возрасту; Г) все перечисленное
ПК-3	92	Выберите препарат для лечения центрального несахарного диабета: 1) гларгин; +2) десмопрессин; 3) преднизолон 4) гипотиазид
ПК-3	93	Выберите инсулин для лечения кетоацидотической комы при сахарном диабете 1 типа: 1) гларгин; 2) биосулин Н; +3) актрапид; 4) хумулин м3
ПК-3	94	Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является: 1) бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы; 2) снижение рН крови ниже 7,36; 3) начинающийся отек мозга; +4) снижение рН крови ниже 7,0;
ПК-3	95	Лечение кетацитотической комы следует начать с: +1) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина; 2) солей кальция; 3) норадреналина; 4) солей калия
ПК-3	96	У больного диффузный токсический зоб средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, биспролол 5 мг в день, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении: 1) дальнейшее прогрессирование заболевания; 2) высокая доза биспролола; +3) применение мерказолила; 4) ни одна из указанных причин
ПК-3	97	Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как зоб: А) эпидемический Б) спорадический +В) эндемический Г) диффузный токсический
ПК-3	98	Нормальный объем щитовидной железы для взрослых женщин составляет до (в мл) А) 20

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		Б)25 +В)18 Г)27
ПК-3	99	Нормальный объем щитовидной железы для взрослых мужчин составляет до (в мл) А)20 +Б)25 В)18 Г)27

#### Критерии и шкала оценки:


- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:  
**высокий (отлично)** - более 80% правильных ответов;  
**достаточный (хорошо)**– от 60 до 80 % правильных ответов;  
**пороговый (удовлетворительно)**– от 50 до 60% правильных ответов;  
**критический (неудовлетворительно)** – менее 50% правильных ответов.

#### 4.2. Комплект задач для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся


Индекс компетенции	№ задания	Условие задачи (формулировка задания)
ОПК-7	1	Какие группы препаратов вы порекомендуете пациенту 60 лет, ИМТ 22, с декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа, ведущим здоровый образ жизни. За последние 6 месяцев похудел на 8 кг. Принимает метформин в дозе 1000мг в ужин + Глимепирид 4 мг до завтрака. При обследовании: НвА1- 9,5%. В отделении есть Хумулин НПХ и Актрапид, Метформин, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин, Глибенкламид. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	2	Какие группы сахароснижающих препаратов рекомендуются больному 58 лет в с первые выявленным сахарным диабетом неделю назад перенесшему ОИМ НвА1с 9,1%. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	3	Подберите препарат больной 72-х лет, рост - 165см, вес-89 кг в с первые выявленным сахарным диабетом, страдающей ХОБЛ. НвА1с 7,7%. В отделении есть Хумулин НПХ и Актрапид, Метформин, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин, Глибенкламид. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	4	У пациентки 30 лет выявлено плотной консистенции узловое

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		образование в правой доле щитовидной железы размерами 20x16мм. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	5	Пациентка 67 лет была прооперирована по поводу узлового зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, отеки на лице, сухость кожи. Вопросы: Какое осложнение возникло у данного больного после оперативного лечения? Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	6	Пациентка 26 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс - 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 2 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Вопросы: Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	7	У пациента 62 лет после погрузки угля появились бледность кожи, дрожание рук, потливость, двигательное возбуждение, повышение тонуса глазных яблок. В анамнезе сахарный диабет. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	8	Пациентка 18 лет поступила с жалобами на боли при глотании и образование в шее. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную ангину. При осмотре: температура 38°C, щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. PS-100 в мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ - 30 мм/час. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ОПК-7	9	На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у пациента внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 в минуту, температура тела 39,8°C. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

ОПК-7	10	<p>При профилактическом УЗИ исследовании у 40-летнего мужчины выявлено: изменение щитовидной железы в виде участков повышенной и пониженной эхогенности, объём щитовидной железы 32 см<sup>3</sup>, региональные лимфатические узлы не визуализируются.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ОПК-7	11	<p>Пациентка 36 лет обратилась с жалобами на запоры, плохую память, утомляемость, депрессию. В анамнезе анемия. При осмотре АД-100/65мм.рт.ст; пульс 54 в минуту; отеки век, осиплость голоса.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ОПК-7	12	<p>Больная 27 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. ЧСС-102 в минуту. Глазные симптомы отсутствуют. При УЗИ щитовидной железы объём 35см<sup>3</sup>.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ОПК-7	13	<p>Пациент 52 лет, вес - 72 кг. Из анамнеза известно, что болен около 2-х лет. По-поводу диффузного токсического зоба в течение 18 месяцев принимал пропицил. Через 3 месяца после отмены препарата почувствовал утомляемость, постоянные сердцебиения, последний месяц появилась субфебрильная температура. На УЗИ щж V=44см<sup>3</sup>, ТТГ - 0.02.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	14	<p>К пациенту 45 лет была вызвана скорая помощь. При осмотре: без сознания, бледность и сухость кожи, шумное дыхание, узкие зрачки, сниженные рефлексы, «мягкие» глазные яблоки, запах ацетона.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	15	<p>Пациент 66 лет рост 177 см и вес 98 кг с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.</p> <p>Вопросы: Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	16	<p>Пациентка 18 лет рост 154 см и вес 60 кг жалобы на акне. При обследовании Сахар венозной крови натощак 7,7 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 6,6%.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз.</p>


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		<p>Назначьте лечение.</p> <p>Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	17	<p>У пациентки 31 лет жалобы на сухость во рту, жажду, снижение веса, слабость. Сахар венозной крови натощак 6,3 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 6,1%.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Предположите и обоснуйте диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	18	<p>Больная 62 лет доставлена в стационар. Жалобы на резкую слабость, фурункулез, жажду, полиурию, снижение веса, головные боли, парез правой руки. Из анамнеза известно, что накануне принимала много мочегенных и слабительных с целью снижения веса. Сахар капиллярной крови натощак 33,2 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 10%. Запаха ацетона нет.</p> <p>.Вопросы:</p> <p>Предположите и обоснуйте диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	19	<p>Пациенту 18 лет (рост- 167 см., вес- 63 кг) вызвана "скорая помощь". Жалобы на: слабость, головокружение, жажду, сухость во рту, тошноту, однократную рвоту, похудел. В анамнезе: СД. Неделю без инсулина. Наследственность у отца СД. В статусе: вялый, лежит в кровати. АД= 110/65; ЧСС-64. ЩЖ: не пальпируется. Глазные симптомы - отрицательные. Тремора нет, кожа сухая, дряблая. Вторичные половые признаки по-возрасту. Стрий нет. При обследовании: НВАИС -11,3%. Гликемический профиль: 8-00 -18,7; в 18-00 -20,5 ммоль/л. С-пептид - 13 пмоль/л (норма: 298-1324 пмоль/л). Ацетон мочи- положительный.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Предположите и обоснуйте диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	20	<p>Пациент 23 лет (рост- 180 см., вес- 54 кг). Жалобы на: сухость во рту, жажду, утомляемость, дрожь в руках, головные боли, снижение веса на 2 кг за последние пол года, снижение зрения. В статусе: АД= 120/75 мм.рт.ст; ЧСС-93. ЩЖ: не пальпируется. Тремора нет. Глазные симптомы - отрицательные. Вторичные половые признаки по-возрасту. Гинекомастии нет. Стрий нет. При обследовании: НВА 1 с - 7,7%. Гликемический профиль: 8-00 - 6,9; в 18-00 - 9,0ммоль/л. Ацетон мочи.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Предположите и обоснуйте диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	21	<p>У пациентке 63лет жалобы на сухость во рту, головокружение, плохой сон. Сахар капиллярной крови натощак 6,4 ммоль/л. При осмотре ИМТ- 31, АД-150/90 мм.рт.ст. Гликированный гемоглобин – 6,6%.</p> <p>Вопросы:</p>




Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		<p>Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	22	<p>Пациент 53 лет ИМТ 32 кг/м<sup>2</sup> доставлен в стационар с жалобами на слабость, жажду, плохой аппетит. В анамнезе ХОБЛ. Страдает сахарным диабетом, принимал метформин 1000 мг 3 раза в день. При обследовании: глюкоза крови – 24,2 ммоль/л. HbA1c - 9,8%, триглицериды – 2,5 ммоль/л. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-2	23	<p>Пациент К., 28 лет, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами жажда и сухость во рту, ежедневные выделения около 10 литров светлой мочи, тошнота, вздутие живота, плохой сон, связанный с частыми мочеиспусканиями и приемом жидкости, выраженная слабость, сухость во рту. Анамнез заболевания: Впервые жалобы на жажду и полиурию появились около года назад, самочувствие не страдало. Постепенно степень выраженности симптомов нарастала, в связи с чем госпитализирована для обследования и лечения. Объективный статус: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост-172 см, вес-90 кг, ИМТ. 30,4кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Оволосение по женскому типу. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичны. ЧСС 76 в мин. АД -110и70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижна при пальпации и глотании, мягкоэластической консистенции. Вопросы: 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2.Назначьте обследование. 3.Назначьте лечение.</p>
ПК-2	24	<p>Женщина 63 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу в поликлинике с жалобами на повышение температуры тела до 39°С (преимущественно в ночное время), боли в области шеи, учащенное сердцебиение, тревожность. Анамнез заболевания: В течение нескольких недель беспокоит повышение температуры тела до 39°С (преимущественно в ночное время), боли в области шеи. Впервые обратилась к эндокринологу. Объективный статус: Рост 170 см, масса тела 84 кг, ИМТ 29,0 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС -82 уд. в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. Щитовидная железа при пальпации резко болезненная, не увеличена, не спаяна. Узлы не пальпируются, л/у не пальпируются. Вопросы: 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		2. Назначьте обследование. 3. Назначьте лечение.
ПК-2	25	<p>Мужчина 27 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. с жалобами на немотивированную слабость, утомляемость, потливость. Анамнез заболевания: данные жалобы в течение последнего года. Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент правой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.75 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 73 мкмоль/л. Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Сознание Ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост 179см Вес 77 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Молочные железы без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, пульс 63 в мин. АД 127/76мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Дообследование: Паратгормон 79,2( 15-65) пг/мл и Паратгормон 125.3 (15.0 - 65.0) пг/мг.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	26	<p>Больная 49 лет, жалуется на постоянную головную боль, на высоте которой возникает тошнота и рвота, выраженную жажду (в сутки выпивает 8 – 10 литров воды), обильное частое мочеиспускание. Считает себя больной в течение года. Объективно: рост 162 см; масса тела 58кг. В объективном статусе отклонений нет. При исследовании полей зрения выявлено их сужение, на глазном дне – начальные явления атрофии зрительного нерва. Рентгенография черепа: усиление сосудистого рисунка, размеры турецкого седла 16x14 мм, спинка и стенка истончены, клиновидные отростки выпрямлены. Диагноз: Несахарный диабет, центральная форма.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	27	<p>Мужчина, 40 лет, обратился с жалобами на выраженную жажду (до 8 литров в день) в том числе и ночью, учащенное мочеиспускание. Эти симптомы появились около 6 месяцев назад и постепенно нарастали. Из анамнеза выяснено, что около года попал в автомобильную аварию, после чего диагностировали ушиб мозга. При проведении стандартного теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 3,8-ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 4,5 ммоль/л. При исследовании мочи: белок – отриц., плотность 1001-1002, лейкоциты – 1-0-1, эрит. – ед. в п/зр. В анализах крови без отклонений, рентгенография черепа – без отклонений.</p> <p>Вопросы:</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		<p>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2.Назначьте обследование.</p> <p>3.Назначьте лечение.</p>
ПК-2	28	<p>Больная М., 45 лет обратилась к врачу по поводу случайно зафиксированных высоких цифр сахара крови до 8,2 ммоль/л. Врач обратил внимание на необычную внешность: неравномерно увеличенные надбровные дуги, нижнюю челюсть, крупные кисти. При подробном опросе, выяснено, что за последние годы увеличение размеров обуви и головных уборов. Объективно: кожа плотная, с глубокими складками, особенно на волосистой части головы. Рост - 182 см, масса тела 93 кг (ИМТ - 28 кг/м<sup>2</sup>). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150/90 мм.рт.ст. Дополнительные исследования: стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 6,5 - ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 12,4 ммоль/л. На рентгенограмме головы в боковой проекции– «двухконтурность» турецкого седла. Диагноз: Акромегалия, активная стадия. Макроаденома гипофиза (соматотропинома). Сахарный диабет на фоне акромегалии впервые выявленный, декомпенсация. Гипертонический синдром.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2.Назначьте обследование.</p> <p>3.Назначьте лечение.</p>
ПК-2	29	<p>Больной К. 30 лет обратился с жалобами на головную боль, увеличение надбровных дуг, мягких частей лица, увеличение суставов кистей рук, увеличение размера обуви на 2 единицы. Во время обследования на МРТ гипофиза выявлена аденома гипофиза (соматотропинома) с супраселлярным ростом 1,4*1,9 см., СТГ 100 нмоль/л (N до 20), пролактин 194 мМЕ/мл (N 60-450), ТТГ 1,4 мкЕд/мл (норма 0,25-4,5), на УЗИ щитовидной железы-объем 50 мл, в правой доле образование 0,9*1,1см, с тонким гипоехогенным ободком. Диагноз: Акромегалия, активная стадия. Макроаденома гипофиза (соматотропинома). Узловой зуб I ст.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2.Назначьте обследование.</p> <p>3.Назначьте лечение.</p>
ПК-2	30	<p>Больной Л. 49 лет, двенадцать лет назад на основании клинического и лабораторного обследования диагностирована аденома гипофиза (соматотропинома) в этом же году проведен курс гамма-терапии с последующей длительной ремиссией. Два года назад ухудшение самочувствия, головная боль, увеличение носа и суставов пальцев рук и ног. Увеличение базального СТГ до 26 нмоль/л (№ 0-20), пролактина 800мМЕ/мл (N60-450). На МРТ гипофиза выявлена микроаденома. Выраженная общая слабость, АД 155/95 мм.рт.ст.. Диагноз:Рецидив микроаденомы гипофиза (соматопролактиномы).</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		<p>Акромегалия, активная стадия. Гипертонический синдром.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	31	<p>Пациент С., 26 лет. Предъявляет жалобы на «ком в горле», ощущение сдавления в области шеи. Объективно : общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические л\у не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 86 уд\мин. АД 145\92 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 182 см, вес – 95 кг. ИМТ – 28, 68 кг\м<sup>2</sup>. Обследование: Гормональный профиль : Т4 св – 11.48 пмоль\л. ТТГ – 1.58 мЕд\л. АТ-ТПО - &lt; 3,0 Ед\мл. УЗИ щж: Расположение : обычное. Общий объём : 14.7 см<sup>3</sup>. Контуры : чёткие, ровные, полюса закруглены. Эхогенность : обычная. Структура : неоднородная. В правой доле единичный гипертрофированный фолликул 3мм. При ЦДК кровотоков в железе не изменён. Региональные л\у не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	32	<p>Пациентка Б., 32 года. Предъявляет жалобы на раздражительность, перепады настроения, тахикардию, обильное потоотделение. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические л\у не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 106 уд\мин. АД 110\72 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост : 166 см, вес : 56 кг. ИМТ – 20, 32 КГ\М<sup>2</sup>. Обследование: Гормональный профиль : Т4 св – 3.8 нг\дл ( норма 0.8-2.1 ). ТТГ – 0.11 мкМЕ\мл ( 0,28- 4.2 ). АТ-ТПО – 128.3 Ед\мл . УЗИ ЩЖ:Общий объём : 5.4 мм. Железа расположена в типичном месте, в объеме не увеличена, контуры ровные. Структура зернистая. Передние лимфоузлы не увеличены. Паращитовидные железы не лоцируются. При ЦДК кровоснабжение повышено, индекс CPD 25% (норма 5-15% ).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	33	<p>Пациентка Т., 69 лет. Активных жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что в 2012 г. Был поставлен диагноз АИТ. Гипотиреоз. На данный момент принимает L-тироксин (эутирокс) 175 мгк натошак. Рост : 164 см, вес : 88 кг. ИМТ – 32, 7 кг\м<sup>2</sup>. Вес стабилен. Обследование: Гормональный профиль : Т4 св – 11.42 пмоль\л. ТТГ – 10.94 мЕд\л. Паратгормон – 2.69.</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	34	<p>Пациентка З. 36 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3 последних месяцев, учащенные сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. Рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы теплые, влажные. Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи. Обследование: Общий анализ крови: эритроциты – 3,9×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты – 7,1×10<sup>9</sup>/л, тромбоциты – 317×10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 18 мм/час. Биохимический анализ крови: о. белок – 68 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 13,7 мкмоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: Общий объём : 36.2 см<sup>3</sup>. Контуры : чёткие, неровные, полюса закруглены. Эхогенность равномерно снижена. Структура : однородная. При ЦДК кровоток усилен. Региональные лу не увеличены. Гормональное обследование: ТТГ - 0,005 мМЕ/л, Т4 св- 60 пМоль/л, анти-рТТГ - 7,75 МЕ\л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	35	<p>Пациентка М., 54 года. Жалобы на быструю утомляемость, снижение памяти, слабость, увеличение веса, выпадение волос. Анамнез : указанные жалобы возникли 5 лет назад и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 64 до 92 кг. Объективно : состояние удовлетворительное, рост – 165 см, вес 94 кг. кожные покровы обычной окраски, сухие, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Нижние конечности пастозны. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 96/68 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный. Диурез в норме. Обследование:ОАК: эритроциты - 4,8×10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 5,8×10<sup>9</sup>/л, гемоглобин – 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л, сахар крови натощак – 5.4. ОАМ - норма. Гормональный профиль : ТТГ: 16 мМЕ/л, св. Т4 – 4,6 пмоль/мл, а-ТПО - 364 МЕ/Мл.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

ПК-2	36	<p>Пациент О. 46 лет. Предъявляет жалобы на сонливость, слабость, ухудшение памяти, запоры, повышение массы тела. Анамнез : симптомы беспокоят в течение 4 мес., после тиреоидэктомии по поводу ДТЗ. Никуда не обращался. Было назначено послеоперационное лечение, но пациент никаких препаратов не принимал. Вес увеличился с 87 кг до 96 за последние 3 месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические л\у не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 62 уд\мин. АД 101\68 мм.рт.ст. Живот вздут. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Стул нерегулярный. Диурез в норме. Обследование: ОАК: эритроциты - <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 116 г/л, лейкоциты - <math>5,9 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 28%, моноциты - 6%, СОЭ - 12 мм/ч. ОАМ: цвет - жёлтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 3 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,7 ммоль/л, АСТ - 23 Ед/л, АЛТ – 27 Ед/л, Na – 137 ммоль/л, K – 3,9 ммоль/л. Гормональный профиль: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	37	<p>Пациентка Ч., 23 года. Предъявляет жалобы на «ком в горле», периодическое изменение голоса. Объективно : общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические л\у не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 76 уд\мин. АД 118\74 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа увеличена, безболезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 161 см, вес – 49 кг. Обследование: Гормональный профиль: Т4 св – 9.21 пмоль\л, ТТГ – 1.3 мЕд\л, АТ-ТПО - &lt; 3,0 Ед\мл, УЗИ щж : расположение : обычное. Правая доля : 19x18x40 мм. V= 11,1 см<sup>3</sup>. Левая доля: 18x19x41 мм. V= 11,3 см<sup>3</sup>. Перешеек : 6 мм. Общий объём : 22.4 см<sup>3</sup>. Контуры : чёткие, ровные, полюса закруглены. Эхогенность : обычная. Структура : неоднородная. В левой доле единичный гипертрофированный фолликул 5мм. При ЦДК кровотоков в железе не изменён. Региональные л\у не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	38	<p>Пациентка М., 66 лет. Жалобы на чувство нехватки воздуха. Анамнез: Считает себя больной с 2019 года, когда впервые прошла</p>


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		<p>обследование в связи с жалобами на боли в горле, ощущение нехватки воздуха. По результатам данного обследования, больной было рекомендовано оперативное лечение, от которого она отказалась. После перенесенного в декабре 2020 года бронхита появились жалобы на затруднение глотания, охриплость голоса, чувство жжения в области шеи. Из-за ухудшения состояния больная обратилась в ЦРБ по месту жительства, откуда была направлена в УОКБ. Объективно : общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Пальпируется подбородочный лимфоузел справа. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 76 уд\мин. АД 118\74 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа уплотнена, безболезненна, в правой доле нащупывается уплотнение «с горошину». Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 164 см, вес – 89 кг. Обследование: ОАК : Гемоглобин - 116 г/л , Лейкоциты - 15*10<sup>9</sup>/л ,Эритроциты - 3,8*10<sup>12</sup>/л, С/я - 39%, П/я - 6%, Лимфоциты - 53%, Моноциты - 4-8%, Эозинофилы - 2-4% СОЭ - 32 мм/ч. ОАМ : Цвет соломенно-желтый, прозрачная, Реакция (рН) - сл.кисл, Удельный вес – 1009, Лейкоциты - 0-1*10<sup>9</sup> /л, Эпителий - 2-4 в п.з. Свободных эритроцитов - 0 в п.з. Б/х анализ крови : Глюкоза - 5,2 ммоль/л, Мочевина 5,1 ммоль/л, Общий белок-69 г/л, Билирубин общ-20,1; прямой-4,3; непрямой-15,8 ммоль/л. Гормональный профиль : ТТГ – 64,27 мЕд\л</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	39	<p>Пациентка Е., 47 лет. Жалуется на боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 38С, слабость, головные боли. Месяц назад перенесла ангину. Объективно : общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Пальпируется подбородочные лимфоузлы справа и слева. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 98 уд\мин. АД 126\82 мм.рт.ст. При пальпации область щитовидной железы резко болезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 167 см, вес – 65 кг. Обследование:ОАК : Гемоглобин - 138 г/л , Лейкоциты - 23*10<sup>9</sup>/л ,Эритроциты - 4,0*10<sup>12</sup>/л, СОЭ - 43 мм/ч. ОАМ : Цвет соломенно-желтый, прозрачная, Реакция (рН) - сл.кисл, Удельный вес – 1012, Лейкоциты - 0-1*10<sup>9</sup> /л. Б/х анализ крови : Глюкоза - 4,1 ммоль/л, Мочевина 4,8 ммоль/л, Общий белок- 72 г/л, Билирубин общ-22,3; прямой-3,3; непрямой-13,5 ммоль/л. Гормональный профиль : ТТГ – 3,81 пмоль\л. Т4св – 11,4 мЕд\л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	40	<p>Пациентка Х., 27 лет. Была направлена на консультацию к эндокринологу в УОКБ. Активных жалоб не предъявляет. На момент</p>


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		<p>осмотра беременность первая, 10 недель. Обследование: Общий анализ крови: эритроциты – <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин – 146 г/л, лейкоциты – <math>4,1 \times 10^9/л</math>, тромбоциты – <math>318 \times 10^9/л</math>, СОЭ – 7 мм/час. Биохимический анализ крови: о. белок – 65 г/л, общий билирубин – 12,2 мкмоль/л, креатинин – 72 мкмоль/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л. Гормональный профиль : Т4 св – 10.1 пмоль/л. ТТГ – 2,9 мЕд/л. АТ-ТПО - 98,3 Ед/мл. УЗИ щж : Расположение : обычное. Правая доля : <math>19 \times 18 \times 40</math> мм. V= 6,4 см<sup>3</sup>. Левая доля: <math>18 \times 19 \times 41</math> мм. V= 6,6 см<sup>3</sup>. Перешеек : 4мм. Общий объём : 13 см<sup>3</sup>. Контуры : чёткие, ровные, полюса закруглены. Эхогенность : диффузно снижена. Структура : неоднородная. При ЦДК кровотоков в железе не изменён. Региональные л\у не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	41	<p>Женщина 25 лет обратилась на прием к врачу-эндокринологу с жалобами на дискомфорт при глотании, общую слабость, повышенную утомляемость, тревожность. Анамнез заболевания: год назад впервые появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность, снижение веса на 10 кг за 2 мес. При обследовании в дебюте заболевания по данным УЗИ щитовидной железы общий объём 46,5 мл, участки повышенной и пониженной эхогенности. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0,08 мкМЕ/мл (0,23-3,4), Т4 св 89 пмоль/л (10-23,2). Диагностирован диффузный токсический зоб 2 ст. по ВОЗ, назначены тиамазол 30 мг в день, бисопролол 5 мг. Через 2 месяца от начала заболевания ТТГ 1,1 мкМЕ/мл, Т4 св 6,1 пмоль/л (10-23,2). Консультирована офтальмологом, диагностирована эндокринная офтальмопатия. В течение года доза тирозола постепенно снижена до 5 мг в сут, продолжает получать на настоящий момент. Планирует беременность. Объективный статус: Рост 164 см, масса тела 75 кг. ИМТ 27,9 кг/ м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраске. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС- 86 уд в мин. АД 130 и 80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально увеличена ( 2 ст по ВОЗ), пальпаторно мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Обследование: ТТГ- 6,5 мЕд/л, свободный тироксин 7,37 пмоль/л, свободный трийодтиронин 4,22 пмоль/л. УЗИ щж: общий объём щитовидной железы: 96, 4 см<sup>3</sup>, эхографические признаки диффузного аутоиммунного поражения щитовидной железы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-2	42	<p>Женщина 23 года обратилась на прием к врачу-эндокринологу с жалобами на тревожность, учащенное сердцебиение. Анамнез заболевания: в течение последней недели беспокоят тошнота,</p>




Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		<p>тревожность, учащенное сердцебиение, принимает йодомарин 200 мкг ежедневно. Направлена врачом-гинекологом на консультацию. Семейный анамнез: мать- узловый эутиреоидный зоб. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, беременность одна. Аллергических реакций не отмечалось. Вредные привычки:нет. Проживает в г. Москве. Трудовой анамнез: студентка. Анамнез жизни: Беременность 7-8 нед., многоплодная. Объективный статус: Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС – 86 уд в мин. АД 110 и 80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,8 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-3	43	<p>Женщина 68 лет обратилась на прием к врачу-эндокринологу с жалобами на наличие объемного образования на шее, тревожность, учащенное сердцебиение. Анамнез заболевания: увеличение щитовидной железы в течение 5 лет. Со слов, ТТГ в пределах нормы. В течение месяца беспокоят тревожность и учащенное сердцебиение. Объективный статус: Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС – 86 уд в мин. АД 120 и 80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-3	44	<p>Женщин 59 лет направлена к эндокринологу врачом- кардиологом с жалобами на учащенное сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: 4 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени, заключение кардиолога - замена препарата невозможна. Направлена к эндокринологу для определения дальнейшей тактики ведения. Сопутствующие заболевания: ИБС: немая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь 3 ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4. Лекарственная терапия: Валз 80 мг вечером, Нифекард ХЕ по 60 мг утром и вечером, Беталок 30К</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		<p>100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, Тромбоасс 100 мг на ночь. Семейный анамнез: неотягощен. Объективный статус: Рост 170 см, масса тела 53 кг, ИМТ 18,3 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС - 86 уд. в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. ТТГ - 0,03 мМЕ/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-3	45	<p>Женщина 64 лет направлена к эндокринологу врачом-кардиологом с жалобами на учащенное сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: 3 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени. ТТГ - 18 мМЕ/л. Направлена к эндокринологу для определения дальнейшей тактики ведения. Анамнез жизни: сопутствующие заболевания: ИБС: немая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь 1ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4. Лекарственная терапия: Ко-диован 160+12,5 мг утром, Валз 80 мг вечером, Нифекард ХЕ по 60 мг утром и вечером, Беталок ЗОК 100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, ТромбоАсс 100 мг на ночь. Объективный статус: Рост 170 см, масса тела 83 кг, ИМТ 28,7 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 78 уд. в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, в проекции левой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Результаты обследования: УЗИ щж: контуры: чёткие, ровные. Общий объем щитовидной железы: 25,4 см<sup>3</sup>. Васкуляризация при ЦДК: не изменена. Расположение: обычное. Структура: гетерогенная. Эхогенность: умеренно понижена. Объемные образования: в обеих долях определяются фокальные зоны размером 3-4мм. Сцинтиграфия щитовидной железы: нижний полюс щитовидной железы располагается выше ярёмной вырезки на 2 см. Отмечается равномерно сниженный захват РФП на всём протяжении ЩЖ. Индекс захвата РФГП: 0,8% (РИ 0,9-1,8); слева 46%, справа 54%. Рецептор тиреотропного гормона 1,5 мЕД/Л (0,0-1,75).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> </ol>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		


		3. Назначьте лечение.
ПК-3	46	<p>Мужчина 45 лет страдает заболеванием надпочечников в течение 3-х лет, постоянно принимает преднизолон 7,5 мг/сутки и кортинефф 1 таблетку через день. После переохлаждения появились боли в горле при глотании, не лечился. Состояние в течение 2-х дней резко ухудшилось: снизился аппетит, усилилась общая слабость, появились тошнота, боли в животе, неукротимая рвота. При осмотре: состояние тяжелое, увеличилась пигментация кожных покровов, тургор кожи снижен, температура тела 39, АД 70/40.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-3	47	<p>Пациент 34 лет с детства получает кортикостероиды по поводу бронхиальной астмы тяжелого течения (минимальная суточная доза 1,5 таблетки преднизолона). За эти годы сформировался кушингоидный синдром, стероидный диабет и остеопороз. По жизненным показаниям проведена аппендэктомия. В послеоперационном периоде у больного развились явления сосудистого коллапса, нарушение сознания с неврологической симптоматикой. Проводится антибактериальная, инфузионная терапия, введение прессорных аминов, но положительной динамики не отмечено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-3	48	<p>Пациентка 53 лет, страдающая болезнью Аддисона, постоянно принимает преднизолон 10 мг в сутки и кортинефф 1 таблетку утром. Появились изжога, голодные боли в эпигастральной области, диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки, развитию которой способствовал прием преднизолона. Самостоятельно отменила преднизолон, после чего появилась и стала нарастать общая слабость, гипотония до 80/40, тошнота, вздутие живота, диарея, усилилась гиперпигментация кожи и слизистых. Прием противоязвенных препаратов (блокаторов желудочной секреции и антацидов) состояния не облегчил, слабость достигла степени адинамии, развился коллапс. Доставлена в больницу.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
ПК-3	49	<p>Больной 40 лет жалуется на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы с резким повышением АД. В последнее время приступы участились. В клинике развился гипертонический криз, сопровождавшийся резкой головной болью, ознобом, потливостью, сердцебиением, тошнотой, рвотой, болями в животе. Объективно: пониженного питания, холодные и влажные кожные покровы, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. АД 260/120 мм рт.ст. Пульс 95 в минуту. В анализах крови: лейкоциты</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		12,0; глюкоза 8,0 ммоль/л. Вопросы: 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2.Назначьте обследование. 3.Назначьте лечение.
ПК-3	50	Больной, 43 года, жалуется на мышечную слабость, полиурию, учащенное мочеиспускание в ночные часы, головную боль. В течении 10 лет отмечает повышение артериального давления. Применение гипотиозида переносит плохо. Объективно: ЧСС -88 в минуту. АД - 180/100 мм рт.ст. На ЭКГ признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменения. Гликемия в норме. Анализ мочи - относительная плотность 1002 - 1008, щелочная реакция. Диагноз: первичный гиперальдостеронизм. Вопросы: 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2.Назначьте обследование. 3.Назначьте лечение.
ПК-3	51	Больная С, 46 лет жалуется на периодически возникающие приступы головной боли, сопровождающиеся кашлем, удушьем, стеснением в груди, сердцебиением, резким повышением артериального давления. Болеет около года. Приступы возникают при физическом напряжении (быстрая ходьба, поднятие тяжестей), длятся несколько минут и самостоятельно проходят. В начале они наблюдались редко (раз в 2-3 месяца), затем участились и возникали самопроизвольно и в последнее время возникают несколько раз в день. За время болезни похудела на 8 кг. Объективно: рост - 172см, масса тела - 73 кг. Отеков нет. Пульс - 72 в минуту, ритмичный. АД - 160/100 мм рт.ст., границы сердца в норме, тоны умеренно ослаблены. Дыхание везикулярное. Печень не увеличена. В период обследования проведена глубокая пальпация брюшной полости, спустя 3 мин после которой у больного внезапно возник приступ сильного кашля, сопровождающийся диффузным цианозом лица, потливостью, набуханием шейных вен, чувством стеснения (сжатия) в груди, дрожь в теле. Пульс - 140 в минуту, артериальное давление повысилось до 240/130 мм рт.ст. через 5 минут самочувствие больной начало улучшаться, кашель прекратился. Лицо приобрело обычный цвет. Возникла резкая слабость, мочеиспускание. Вопросы: 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2.Назначьте обследование. 3.Назначьте лечение.
ПК-3	52	Больной С. 72 года, ИМТ-21, жалуется на утомляемость, снижение веса, плохой аппетит, потребность в соленой пище, тошноту, периодическую рвоту. При осмотре: пониженного питания, пигментация ладонных складок, кожные покровы смуглые, АД 100/60мм.рт.ст. ЧСС-85 в минуту. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

ПК-3	53	<p>Больной Ш. 44 года последние пол года стал отмечать периодической повышение АД, сопровождающиеся потливостью, дрожью в теле, головными болями, страхом и тревогой.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-3	54	<p>Больной М. 51 года жалуется на головные боли, головокружение, поперхивание при глотании, сухость во рту и жажда, боли в мышцах. В анамнезе артериальная гипертензия последние 5-7 лет до высоких цифр, принимает гипотензивную терапию. Месяц назад перенесла ОНМК. При осмотре: повышенного питания, отмечается похудение конечностей, на коже живота, бедер, молочных желез - стрии багрово-красного цвета, рост бороды и усов, залысины по мужскому типу. ИМТ-25, АД-230/120 мм.рт.ст. ЧСС-65.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-3	55	<p>Пациент Х. 56 лет неоднократно обращался к кардиологу на приступообразное повышение АД до высоких цифр - 200/100 мм.рт.ст., сопровождающиеся сердцебиением, аритмией, дрожью в теле, головными болями, головокружением, чувством страха смерти. Подобные состояния часто появляются после физической нагрузки или обильной еды и проходят самопроизвольно. Предположите диагноз, назначьте обследование и лечение.</p> <p>Вопросы: Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-3	56	<p>Пациент 37 лет, ИМТ-21, жалуется на слабость, утомляемость, снижение веса, тошноту, периодическую рвоту. При осмотре: адиномичен, пониженного питания, кожные покровы смуглые, АД-90/55мм.рт.ст. ЧСС-88 в минуту. Предположите диагноз, назначьте обследование и лечение.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-3	57	<p>Пациентка 57лет пришла в жалобами на повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., прибавила в весе за последние 3 месяца 6 кг, появились широкие розовые стрии на бедрах и животе.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
ПК-3	58	<p>Больной Л. 29 лет жалуется на головные боли, боли в мышцах, боли в позвоночнике, сухость во рту. Из анамнеза: повышение АД около 2-х лет. Неделю назад споткнулся, упал, сломал плечо. Было две суицидальные попытки. При осмотре: подавлен, повышенного питания, лицо круглое, румянец щек, широкие стрии багрово-</p>

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

		красного цвета на бедрах, животе, в области поясницы. ИМТ-32, АД=220/130мм.рт.ст. ЧСС-73. Сахар крови -12.3 ммоль/л. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.
ПК-3	59	Больная И. 38 лет жалуется на постоянно высокое АД, максимально до 230/120мм.рт.ст., которые сопровождаются тошнотой, временами рвотой, болями в животе, потливостью, дрожью в теле. Назначенная врачом гипотензивная терапия (лизиноприл и индапамид) - артериальное давление не снижают. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.

#### Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач (выполнение заданий);
- показатель оценивания – правильность хода и результатов решения задач (выполнения заданий);
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:

**высокий (отлично)**

**достаточный (хорошо)**

**пороговый (удовлетворительно)**

**критический (неудовлетворительно)**


Оценка	Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
Отлично	Высокий уровень	Обучающийся ясно изложил методику решения задач, обосновал выполненное решение точной ссылкой на формулы, правила и т.д.;
Хорошо	Повышенный уровень	Обучающийся ясно изложил методику решения задач, но в обосновании решения имеются сомнения в точности ссылки на формулы, правила и т.д.;
Удовлетворительно	Пороговый уровень	Обучающийся изложил условие задачи, решение обосновал общей ссылкой на формулы, правила и т.д.;
Неудовлетворительно	Минимальный уровень не достигнут	Обучающийся не выполнил задания для самостоятельной работы, не уяснил условие задачи, решение не обосновал ссылкой на формулы, правила и т.д.

#### 4.3. Вопросы для текущего контроля при выполнении лабораторных работ, практикумов

Данный вид работы не предусмотрен учебным планом.

#### 4.4. Реферат для контроля самостоятельной работы обучающихся

Данный вид работы не предусмотрен учебным планом.

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

#### 4.5. Эссе для контроля самостоятельной работы обучающихся

Данный вид работы не предусмотрен учебным планом.

#### 4.6. Вопросы к экзамену


Данный вид работы не предусмотрен учебным планом.

#### 4.7. Задачи (задания) к экзамену

Данный вид работы не предусмотрен учебным планом.

#### 4.8. Вопросы и задачи (задания) к зачету

Индекс компетенции	№ задания	Формулировка вопроса
ОПК-7	1	Механизм действия групп таблетированных сахароснижающих препаратов
ОПК-7	2	Классификация, эффекты действия и показания к инсулинотерапии
ОПК-7	3	Неотложная терапия и диагностика гипогликемических состояний
ОПК-7	4	Особенности диагностики и неотложной терапии диабетической комы
ОПК-7	5	Особенности терапии болезни и синдрома Иценко-Кушинга
ОПК-7	6	Тиреоидные гормоны и тиреостатические препараты: показания, противопоказания, особенности применения.
ПК-2	7	Классификация, диагностика несахарного диабета. Дифференциальная диагностика сахарного и несахарного диабета
ПК-2	8	Этиология, патогенез, клиника, лечение диффузного токсического зоба
ПК-2	9	Этиология, патогенез, клиника, лечение гипотиреоза
ПК-2	10	Факторы риска, профилактика, диспансеризация, МСЭ болезни Иценко-Кушинга
ПК-2	11	Этиология, патогенез, клиника, лечение хронической надпочечниковой недостаточности
ПК-2	12	Этиология, патогенез, клиника, лечение ожирения
ПК-2	13	Диагностика хронических осложнений сахарного диабета
ПК-2	14	Диагностика различных типов сахарного диабета
ПК-2	15	Дифференциальная диагностика гипергликемических ком
ПК-2	16	Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга
ПК-2	17	Гормональная, лабораторная, инструментальная диагностика тиреоидитов
ПК-2	18	Дифференциальная диагностика диффузного токсического зоба и гипотиреоза
ПК-2	19	Диагностика и клинические проявления феохромоцитомы
ПК-2	20	Дифференциальная диагностика первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности
ПК-2	21	Этиология, патогенез, клиника, лечение несахарного диабета
ПК-2	22	Этиология, клинические проявления гипогликемической комы
ПК-2	23	Клинические проявления первичной надпочечниковой недостаточности
ПК-2	24	Этиология, патогенез, клиника, лечение акромегалии
ПК-2	25	Клинические симптомы и дифференциальная диагностика гипогликемических состояний
ПК-2	26	Особенности лабораторной, инструментальной диагностики и лечения хронических осложнений сахарного диабета
ПК-2	27	Этиология, патогенез, клиника, лечение гигантизма
ПК-3	28	Классификация ожирения, лечение ожирения и метаболического синдрома

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

ПК-3	29	Особенности ведения пациентов и дифференциальная диагностика гипергликемических ком
ПК-3	30	Клинические проявления и особенности ведения пациентов с аутоиммунным тиреоидитом
ПК-3	31	Ведение пациентов с диффузным и узловым зобом
ПК-3	32	Биологические эффекты гормонов гипофиза и надпочечников
ПК-3	33	Особенности ведения пациентов с ожирением и метаболическим синдромом
ПК-3	34	Ведение пациентов с сахарным диабетом при гиперосмолярной коме
ПК-3	35	Диагностика и ведение пациенток с нетипичными формами сахарного диабета (сахарного диабета типа Mody, ЛАДА)
ПК-3	36	Тактика оказания неотложной помощи при феохромоцитомном кризе.

#### Критерии и шкала оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы, правильное решение задач (выполнение заданий);
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы, правильно решенных задач (выполненных заданий);
- шкала оценивания (оценка) – выделено 2 уровня оценивания компетенций:  
**достаточный уровень (зачтено) - ...;**  
**недостаточный уровень (не зачтено) – ....**

Результат зачета	Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
«зачтено»	достаточный уровень	Обучающийся показал знания основных положений дисциплины, умение решать конкретные практические задачи, предусмотренные РПД, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умение правильно оценить полученные результаты расчетов или эксперимента
«не зачтено»	недостаточный уровень	При ответе обучающегося выявились существенные пробелы в знаниях основных положений дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных РПД

#### 4.9. Курсовая работа/Курсовой проект

Данный вид работы не предусмотрен учебным планом.