Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 15.07.2024 09:24:53
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a29[illegible]

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
Директор института терапии и ИД
_____ В.А. Невзорова
«10» 05 2024 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.О.01 Эндокринология

основной образовательной программы высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности
31.08.53 Эндокринология

Направление подготовки (специальность)	31.08.53 Эндокринология
Сфера профессиональной деятельности	02_Здравоохранение (эндокринология)
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Институт терапии и инструментальной диагностики

Владивосток - 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.53 Эндокринология, направленности 02 Здравоохранение (в сфере эндокринологии), в сфере профессиональной деятельности 02.028 «Врачебная практика врача эндокринолога» универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

https://tgmu.ru/sveden/files/ziv/31.08.53_Endokrinologiya.pdf

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Универсальные компетенции		
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИДК.УК-1_1- осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации ИДК.УК-1_2- определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций ИДК.УК-1_3- разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	ИДК.УК-2_1- формулирует проектную задачу в профессиональной деятельности и способ ее решения ИДК.УК-2_2- разрабатывает концепцию и план реализации проекта с учетом возможных рисков и способов их устранения с учетом необходимых для этой цели ресурсов ИДК.УК-2_3- осуществляет мониторинг хода реализации проекта, корректирует возникающие отклонения, вносит необходимые дополнения
Коммуникация	УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия	ИДК.УК-4_1- выбирает и использует эффективные для академического и профессионального взаимодействия вербальные и невербальные коммуникативные технологии в том числе на иностранном(ых) языке(ах) ИДК.УК-4_2- соблюдает нормы публичной речи, доступно излагает информацию в устной и письменной речи, грамотно ведет дискуссию ИДК.УК-4_3- осуществляет поиск, анализ и обмен информацией в международных базах данных в том числе на иностранном(ых) языке(ах)

Самоорганизация и саморазвитие (в том числе, здоровье сбережение)	УК-5. Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни	ИДК.УК-5_1- самостоятельно оценивает собственные личностные и профессиональные ресурсы ИДК.УК-5_2- определяет приоритеты развития, оценивает возможности личностного роста и профессионального совершенствования ИДК.УК-5_3- использует современные методы для реализации профессионального развития, в том числе технологии непрерывного образования
Общепрофессиональные компетенции		
Деятельность в сфере коммуникационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ИДК.ОПК-1_1- использует информационно коммуникационные технологии при решении задач профессиональной деятельности ИДК.ОПК-1_2- соблюдает правила информационной безопасности
Организационно управленческая деятельность	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	ИДК.ОПК-2_1- применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ИДК.ОПК-2_2- проводит оценку качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3.Способен осуществлять педагогическую деятельность	ИДК.ОПК-3_1- проводит научные исследования, определяет их прикладное значение, представляет результаты в виде докладов и публикаций; ИДК.ОПК-3_2подготавливает проектную и научно-производственную документацию для организации научно-производственных конференций, симпозиумов; ИДК.ОПК-3_3-проводит практические и семинарские занятия
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ИДК.ОПК-4_1- применяет медицинские изделия для диагностики, лечения, реабилитации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи ИДК.ОПК-4_2- проводит обследование пациента с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов ИДК.ОПК-4_3- оценивает результаты проведенного обследования с целью установления диагноза

	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ИДК.ОПК-5_1- назначает лечение, определяет дозировки лекарственных средств и режимы медикаментозной терапии в соответствии с существующими рекомендациями ИДК.ОПК-5_2- осуществляет контроль эффективности проводимой терапии, регулирует схемы назначенного лечения при необходимости ИДК.ОПК-5_3- учитывает противопоказания при назначении лечения, определяет и выявляет нежелательные явления при приеме лекарственных средств
	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 реабилитации инвалидов	ИДК.ОПК-6_1- определяет виды медицинской реабилитации ИДК.ОПК-6_2- оценивает эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, определяет методы контроля реализации индивидуальных программ реабилитации пациентов и реабилитации инвалидов ИДК.ОПК-6_3- оценивает способность пациента осуществлять трудовую деятельность, определяет необходимую продолжительность ограничения трудоспособности
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИДК.ОПК-7_1- проводит медицинскую экспертизу, медицинское освидетельствование ИДК.ОПК-7_2- проводит анализ и оценку качества проведенной медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ИДК.ОПК-8_1- формирует план мероприятий по профилактике эндокринных заболеваний у взрослых и детей, оценивает их эффективность ИДК.ОПК-8_2- проводит мероприятия по формированию здорового образа жизни среди эндокринных больных ИДК.ОПК-8_3- использует разные виды санитарно-гигиенического просвещения населения при решении задач профессиональной деятельности
	ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ИДК.ОПК-9_1- анализирует медико-статистическую информацию ИДК.ОПК-9_2- ведет медицинскую документацию и организовывает деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

	ОПК- 10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИДК.ОПК-10_1- владеет алгоритмом своевременного выявления жизнеопасных нарушений и умеет оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания первой врачебной помощи ИДК.ОПК-10_2- владеет алгоритмом оказания первой врачебной помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ИДК.ОПК-10_3- умеет применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Профессиональные компетенции		
А 01/8 Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза	ПК-1 Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями	ИДК.ПК-1_1- Интерпретирует и анализирует результаты осмотра и обследования детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи ИДК.ПК-1_2- Оценивает анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях у детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями ИДК.ПК-1_3- Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
	ПК-2 Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза	ИДК.ПК-2_1- Интерпретирует и анализирует результаты инструментального обследования детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи ИДК.ПК-2_2- Анализирует результаты лабораторных исследований детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи ИДК.ПК-2_3- Интерпретирует и анализирует результаты осмотра врачами-специалистами детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
	ПК-3 Онконастороженность в клинике внутренних болезней	ПК-3_1- обладает знаниями положений клинических рекомендаций по раннему выявлению ЗНО; ПК-3 $_2$ проявляет онконастороженность при обследовании пациентов; ПК-3 $_3$формирует при подозрении на ЗНО план исследований, направленных на получение дополнительных данных, подтверждающий диагноз онкологического заболевания

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования
		Тесты
		Ситуационные задачи

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль и промежуточная аттестация осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме собеседования по контрольным вопросам, тестового контроля, решения ситуационных задач:

Оценочное средство 1:
Контрольные вопросы для собеседования к промежуточной аттестации.

1. Гормоны аденогипофиза и нейрогипофиза: биологические эффекты, регуляция синтеза и секреции. Оценка функции аденогипофиза с помощью фармакологических тестов. Методы визуализации гипоталамо – гипофизарной области (краниография, КТ, МРТ).
2. Синдром гиперпролактинемии. Пролактин. Регуляция синтеза и секреции, биологические эффекты. Физиологическая гиперпролактинемия. Классификация гиперпролактинемического гипогонадизма. Диагностика гиперпролактинемии. Тактика медикаментозной терапии. Селективные и неселективные дофаминомиметики. Оперативное лечение и лучевая терапия при пролактиномах. Тактика ведения женщин с пролактиномами в период беременности.
3. Акромегалия и гигантизм. Регуляция соматотропной функции. Определение и причины развития акромегалии. Клинические проявления и стадии течения акромегалии. Диагностические функциональные пробы. Лечение акромегалии (медикаментозное, оперативное, лучевое). Методика лечения АСС.
4. Болезнь Иценко–Кушинга. Клиническая картина при гиперкортицизме. Патогенез, классификация. Дифференциальная диагностика синдрома и болезни Иценко - Кушинга. Методы лечения болезни Иценко–Кушинга. Критерии эффективности лечения.
5. Несахарный диабет. Причины несахарного диабета центрального генеза. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз с нефрогенным несахарным диабетом, психогенной полидипсией. Принципы лечения.
6. СТГ – недостаточность. Дефицит гормона роста у взрослых. Этиология СТГ - недостаточности. Клинические и метаболические проявления. Диагностика СТГ - дефицита. Тактика заместительной терапии препаратами рекомбинантного человеческого соматотропного гормона.
7. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность. Патогенез, клинические проявления, данные лабораторных исследований. Дифференциальный диагноз. Принципы заместительной гормональной терапии.

8. Синдром «пустого» турецкого седла. Этиология. Клинические проявления: эндокринные, неврологические и зрительные нарушения. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Тактика ведения больных. Показания к оперативному лечению.
9. Неактивные аденомы гипофиза. Морфофункциональная классификация неактивных аденом гипофиза. Клиническая симптоматика: половые, неврологические и зрительные нарушения. Принципы диагностики и лечения.
10. Ожирение. Жировая ткань как эндокринный орган. Медико-социальная значимость проблемы ожирения. Заболевания, ассоциированные с ожирением. Этиопатогенез ожирения. Классификация ожирения. Метаболический синдром. Цели и принципы лечения ожирения: основы рационального питания, фармакотерапия, хирургические методы лечения.
11. Физиология щитовидной железы: гипоталамо-гипофизарная регуляции по принципу обратной связи. Значение тиреоидных гормонов в организме. Основные принципы лабораторной диагностики функционального состояния щитовидной железы: высокочувствительные и низкочувствительные методы определения уровня ТТГ; значение определения уровня общих и свободных тиреоидных гормонов..
12. Йододефицитные заболевания. Эпидемиология, патогенез. Йододефицитные тиреопатии: естественный морфогенез йододефицитного зоба. Йододефицитные заболевания перинатального периода. Массовая и индивидуальная профилактика.
13. Заболевания щитовидной железы, индуцированные йодом. Понятие о физиологических и фармакологических дозах йода. Феномен Вольфа-Чайкова. Заболевания щитовидной, индуцированные амиодароном.
14. Гипотиреоз. Классификация, эпидемиология, этиологическая структура. Понятие о субклиническом и манифестном первичном гипотиреозе, лабораторная диагностика и лечение. Особенности диагностики и лечения гипотиреоза у пожилых пациентов.
15. Врожденный гипотиреоз. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы скрининга врожденного гипотиреоза. Интерпретация данных гормонального исследования функции щитовидной железы в перинатальном периоде. Лечение.
16. Принципы диагностики и лечения гипотиреоза и тиреотоксикоза во время беременности. Транзиторный гестационный тиреотоксикоз первой половины беременности, дифференциальная диагностика с болезнью Грейвса.
17. Болезнь Грейвса-Базедова (диффузный токсический зоб). Этиология, патогенез. Клиническая и лабораторная диагностика: диагностические критерии, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями, протекающими с тиреотоксикозом. Методы лечения: дифференцированный выбор. Предпочтительные показания к терапии радиоактивным йодом, консервативному и оперативному лечению.
18. Эндокринная офтальмопатия. Классификация, этиология, патогенез. Принципы клинической и инструментальной диагностики. Лечебная тактика: показания к различным видам лечения, принципы наблюдения.
19. Многоузловой и узловой токсический зоб. Понятие о функциональной автономии щитовидной железы. Этиология и патогенез; естественный морфогенез йододефицитного зоба. Особенности клинической картины тиреотоксикоза у лиц пожилого возраста. Лечение.
20. Узловой и многоузловой нетоксический коллоидный пролиферирующий зоб. Заболевания, протекающие с узловым зобом. Диагностика и дифференциальная диагностика: роль тонкоигольной биопсии и сцинтиграфии щитовидной железы (показания, интерпретация результатов исследования). , показания и противопоказания к различным видам лечения. Истинные кисты и псевдокисты. Дифференциальная диагностика и лечение.

21. Аутоиммунный тиреоидит. Клинические варианты, принципы диагностики и дифференциальной диагностики. Естественное течение и исходы. Клиническое значение определения уровня циркулирующих антител к щитовидной железе.
22. Подострый тиреоидит. Этиология, патогенез, клиническая картина и лечение. Дифференциальная диагностика деструктивного (тиреолитического) и истинного (с гиперфункцией щитовидной железы) тиреотоксикоза. Другие заболевания, протекающие с деструктивным тиреотоксикозом.
23. Рак щитовидной железы: морфологические формы, особенности их клинического течения и прогноз. Принципы диагностики. Лечение высокодифференцированного рака щитовидной железы (фолликулярный, папиллярный). Наблюдение за пациентами (понятие о супрессивной терапии левотироксином и мониторинге тиреоглоблина).
24. Гипопаратиреоз. Патогенетическая сущность и лечение гипопаратиреоза.
25. Гиперпаратиреоз. Клинические формы. Принципы лечения.
26. Методы определения гликемии. Пероральный глюкозо-толерантный тест. ИРИ, С-пептид. Гликированный гемоглобин.
27. Инсулин, строение, механизм действия и основные биологические эффекты.
28. Классификация сахарного диабета.
29. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Роль вирусной инфекции и аутоиммунных процессов.
30. Сахарный диабет 2 типа. Роль резистентности рецепторов к инсулину, наследственности, ожирения. Особенности секреции инсулина при СД 2 типа. Особенности секреции инкретинов при СД 2 типа.
31. Метаболический синдром. Причины роста и темпы заболеваемости СД 2 типа.
32. Профилактика СД 2 типа. Элементы здорового образа жизни: диета, режим, физическая активность, психогигиена.
33. Клиническая картина синдрома гипергликемии.
34. Особенности манифестного СД 1 типа. Современные подходы к патогенетическому лечению и профилактике СД 1 типа. Особенности течения LADA – диабета.
35. Хронические осложнения сахарного диабета. Патогенез диабетической микроангиопатиии. Диабетическая ретинопатия, клиника, классификация, методы лечения. Диабетическая , нефропатия клиника, классификация, с учетом стадий ХБП, методы лечения.
36. Диабетической нейропатии дистальная и автономная.
37. Диабетические макроангиопатии. Ишемическая болезнь сердца, ишемическая болезнь мозговых артерий, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.
38. Синдром диабетической стопы.
39. Лечение сахарного диабета. Диетическое лечение. Состав диеты при СД 1 и СД 2 типа. Понятие о хлебных (углеводных) единицах.
40. Сахаропонижающие пероральные препараты. Препараты сульфанилмочевины, меглитиниды. Механизм действия. Показания и противопоказания. Методика лечения. Побочные действия. Осложнения.
41. Сахаропонижающие пероральные препараты Бигуаниды. Механизм действия. Показания. Противопоказания. Побочные действия. Осложнения.
42. Сахаропонижающие пероральные препараты Ингибиторы альфа-глюкозидазы. Показания, противопоказания. Механизм действия.
43. Сахаропонижающие инкретиновые препараты. Роль и место агонистов ГПП-1 и ИДПП-4 в лечении СД 2 типа.
44. Сахаропонижающие пероральные препараты. Роль и место тиазолидиндионов в лечении СД 2 типа.
45. Инсулинотерапия. Препараты инсулина генноинженерные и аналоги короткого действия, и длительного действия. Показания для лечения инсулином. Диета при

инсулинотерапии, распределение сроков приема пищи в зависимости от срока его действия. Методика инсулинотерапии. Подбор дозы. Гликемический профиль.

46. СД 1 типа. Инсулинотерапия. Синдромы «зари» и хронической передозировки инсулина.
47. Дозаторы инсулина - роль в современной терапии СД.
48. Инсулинотерапия при СД 2 типа. Показания и особенности ведения пациентов.
49. Обучение больных СД и самоконтроль, "Школа больного сахарным диабетом".
50. Острые осложнения сахарного диабета. Диабетический кетоацидоз. Стадии развития кетоацидотической комы (легкий кетоацидоз, выраженный, тяжелый и собственно кома - поверхностная, выраженная, глубокая и терминальная). Клинические варианты течения. Синдромы гипергликемии, ацидоза, дегидратации, гипогликемии.
51. Гиперосмолярная кома. Лактоацидотическая кома. Ведения больных с СД.
52. Гипогликемическая кома. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.
53. Гестационный сахарный диабет. Группы риска, диагностика и ведение больных.
54. СД и беременность. Показания и противопоказания к беременности при СД. Особенности ведения беременных с СД.
55. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (Болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. Клинические проявления и данные лабораторных исследований. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Аддисонический криз. Патогенез, клинические проявления, профилактика, лечение.
56. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Особенности клинических проявлений. Лечение.
57. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников. Синдромы гиперкортицизма, гиперальдостеронизма, вирильный, феминизации. Принципы диагностики и лечения.
58. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиопатогенез, особенности клинических проявлений, методы диагностики и лечения.
59. Феохромоцитома. Клиническая картина. Клинические формы заболевания (пароксизмальная, постоянная, бессимптомная). Диагноз. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение.
60. Современный алгоритм при выявлении ннсиденталомы надпочечника. Особенности дифференциальной диагностики. Подходы к лечению.

Критерии оценивания результатов обучения:

Оценка ***«отлично»*** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка ***«хорошо»*** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка ***«удовлетворительно»*** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка ***«неудовлетворительно»*** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.

Оценочное средство 2
Тестовый контроль по **Б1.О.01Эндокринология**

	код	текст компетенции/название трудовой функции/название трудового действия/текст тестового задания
К	**ОПК-4**	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
К	**ПК-3**	Онконастороженность в клинике внутренних болезней
Ф	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
ТД	**А/01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
	1	У ЖЕНЩИНЫ 44 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТСЯ РЕЗКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРА КИСТЕЙ И СТОП УКРУПНЕНИЕ ЧЕРТ ЛИЦА, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИДЕТ РЕЧЬ: *акромегалия метаболический синдром синдром Фрелиха болезнь Педжета
	2	ТОНКИЕ РУКИ И НОГИ, ИЗБЫТОЧНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ ЖИРА НА ЛИЦЕ И ТУЛОВИЩЕ, «ЛУНООБРАЗНОЕ» ГИПЕРЕМИРОВАННОЕ ЛИЦО ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ: *синдроме и болезни Иценко--Кушинга синдроме Симондса гипофизарном ожирении половом ожирении
	3	НА ЯИЧНИКОВЫЙ ГЕНЕЗ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ: *андростендиона ДГЭА – С 17 – гидроксипрогестерона общего тестостерона
	4	ЗАДЕРЖКУ РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ДЕФИЦИТОМ ГОРМОНА РОСТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЮТ: *в 2-4 года на 1-ом году жизни в 5-6 лет в 7-8 лет
	5	ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АУТОИМУННОГО ГЕНЕЗА ХАРАКТЕРНО: *наличие в крови антител к Р450с21; наличие в крови антител к митохондриальным антигенам клеток коры надпочечников;

		признаки туберкулезного процесса, кровоизлияния по результатам томографии надпочечников; поражение патологическим процессом одного надпочечника
	6	ФЕОХРОМОЦИТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ: *мозгового слоя надпочечников с гиперпродукцией катехоламинов гипофиза с гиперсекрецией АКТГ коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией альдостерона коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией кортизола
	7	ИССЛЕДОВАНИЕ АРС (АЛЬДОСТЕРОН-РЕНИНОВОГО СООТНОШЕНИЯ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ: *гиперальдостеронизма дифференциальной диагностики болезни и синдрома Кушинга болезни Аддисона феохромоцитомы
	8	ГИПОКАЛИЕМИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С: *первичным гиперальдостеронизмом поликистозом почек феохромоцитомой хроническим пиелонефритом
	9	РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ: *встречается в 20% случаев встречается редко встречается часто встречается в 5% случаев
	10	ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ: *радиационное повреждение щитовидной железы йодная недостаточность избыток фтора в воде аутоиммунный тиреоидит
ТД	**А/02.8**	**Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности**
К	**ОПК-5**	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	11	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИМЕНЯЮТСЯ: *препараты десмопрессина препараты инсулина продлѐнного действия глюкокортикоиды аналоги соматостатина
Т	12	ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: *аналоги соматостатина препараты гормона роста диуретики глюкокортикоиды
	13	ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО: *внутривенное введение глюкокортикоидов в режиме пульсотерапии в активной стадии; субтотальная резекция щитовидной железы;

		рентгенотерапия области орбит; плазмоферез
	А/03.8	**Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов**
	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 реабилитации инвалидов
	14	ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ: *диспансерного наблюдения проведения профилактических медицинских осмотров противоэпидемиологической работы диспансеризации
	15	ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ: *клинические рекомендации требования техники безопасности показатели фондооснащенности и фондовооруженности правила внутреннего распорядка
	16	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: *максимальная компенсация нарушенного обмена веществ контроль гликемии ежедневное измерение АД ежегодное посещение эндокринолога
	А/04.8	**Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы**
	ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	17	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: *федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы учреждениями медико-социальной экспертизы субъекта РФ городскими учреждениями медико-социальной экспертизы фондами ОМС
	18	СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В: *процентах долях от целого десятичных долях субъективных характеристиках
	19	ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА *2 года 1 год 3 года бессрочно
	А/05.8	**Проведение и контроль эффективности мероприятий по**

		профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	20	ОБЯЗАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ ЗАКРЕПЛЕНА В: *Федеральном законе №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; Трудовом кодексе Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ; программе добровольного медицинского страхования
	21	С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ: *определение гликемии только натощак исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой сочетание укороченного ОГТТ с определением сахара в крови исследование мочи на сахар с тестирующими полосками (глюкотест)
	22	УСЛОВИЕМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДАБЕТА 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ: *неправильный образ жизни низкая масса тела аутоиммунная деструкция бета-клеток хронический панкреатит
	А/06.8	**Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала**
	ОПК-9	Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	23	В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБЯЗАННОСТЬ ПО ХРАНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ВОЗЛОЖЕНА НА: *медицинскую организацию пациента страховую компанию территориальный фонд обязательного медицинского страхования
	24	ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЯВЛЯЕТСЯ СТАТИСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ: *единовременным текущим непосредственным анамнестическим
	А/07.8	**Оказание медицинской помощи в экстренной форме**
К	**ОПК- 10**	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Т	25	ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ВНУТРИВЕННО ВВОДЯТ *40 % раствор глюкозы 5 % раствор глюкозы 0,9 % раствор натрия хлорида

		дексаметазон по 4–8 мг в/м
Т	26	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ *адреналин гидрокортизон клемастин сальбутамол
Т	27	ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОСТРАДАВШИХ: *4-5 часов 2-3 часа 8-10 час 14-18 часов
Т	28	ОСНОВНЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: * бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригады экстренной специализированной медицинской помощи, специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные группы управления, специализированные противоэпидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали и др.; врачебно-сестринские бригады, бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, центральные районные больницы. центр экстренной медицинской помощи, территориальные лечебные организации; медицинские отряды, бригады доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд; специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные группы управления, автономные выездные медицинские госпитали
Т	29	ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ КРИЗЕ: *назначение тиреостатических препаратов и глюкокортикоидов регидратация и инсулинотерапия назначение петлевых диуретиков внутривенное введение левотироксина натрия
Т	30	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ: *10% раствор хлорида кальция 40% раствор глюкозы 10% раствор хлористого натрия 10% раствор хлористого калия

Шкала оценивания
«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство 3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.53	Специальность «Эндокринология»
Ф	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
К	**ОПК-4**	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	**ОПК-5**	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	**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 реабилитации инвалидов
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
ТД	**А 01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
ТД	**А 02.8**	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
ТД	**А 03.8**	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У		Женщина 42 лет, обратилась на прием к врачу-терапевту с жалобами на приступы внезапного повышения артериального давления до 200/110 мм рт ст. и выше, сопровождающиеся головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью. Продолжительность таких приступов составляла от нескольких минут до 1 часа. Из анамнеза известно. Что впервые подобные приступы стали беспокоить год назад. Развитию этих приступов обычно предшествовали физическая нагрузка или нервное перенапряжение. Неоднократно за последние 2-3 мес. вызывала СМП по поводу повышения артериального давления. За последний месяц вышеуказанные приступы участились до 1 раза в неделю, что и послужило поводом обратиться к участковому врачу-терапевту. Наследственность отягощена: у матери АГ. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 167 см, вес – 62 кг. Кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное дыхание, ЧД—17 в мин. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-86 в 1 мин. АД-128/80 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические оправления в норме. Проведено обследование: общий анализ крови и мочи – без патологии. Общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ-1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП-1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП-2,4 ммоль/л, глюкоза сыворотки натощак – 6,4 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л. СКФ-103 мл/мин. ЭКГ7 синусовый ритм, 85 ударов в минуту, угол α-30, индекс Соколова-Лайона 38 мм.
В	1	Сформулируйте диагноз
В	2	Обоснуйте клинический диагноз
В	3	Составьте план обследования пациента.
В	4	Перечислите принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии
В	5	Составьте план реабилитационных мероприятий

Оценочный лист к ситуационной задаче № 1

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.53	Специальность «Эндокринология»
Ф	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
К	**ОПК-4**	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	**ОПК-5**	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

К	**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 реабилитации инвалидов
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
ТД	**А 01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
ТД	**А 02.8**	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
ТД	**А 03.8**	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Женщина 42 лет, обратилась на прием к врачу-терапевту с жалобами на приступы внезапного повышения артериального давления до 200/110 мм рт ст. и выше, сопровождающиеся головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью. Продолжительность таких приступов составляла от нескольких минут до 1 часа. Из анамнеза известно. Что впервые подобные приступы стали беспокоить год назад. Развитию этих приступов обычно предшествовали физическая нагрузка или нервное перенапряжение. Неоднократно за последние 2-3 мес. вызывала СМП по поводу повышения артериального давления. За последний месяц вышеуказанные приступы участились до 1 раза в неделю, что и послужило поводом обратиться к участковому врачу-терапевту. Наследственность отягощена: у матери АГ. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 167 см, вес – 62 кг. Кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное дыхание, ЧД—17 в мин. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-86 в 1 мин. АД-128/80 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

		Физиологические оправления в норме. Проведено обследование: общий анализ крови и мочи – без патологии. Общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ-1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП-1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП-2,4 ммоль/л, глюкоза сыворотки натощак – 6,4 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л. СКФ-103 мл/мин. ЭКГ7 синусовый ритм, 85 ударов в минуту, угол α-30, индекс Соколова-Лайона 38 мм.
В	1	**Сформулируйте диагноз**
Э		Феохромоцитома. Артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гипергликемия натощак. Сердечно-сосудистой риск 4 (очень высокий).
Р2	отлично	Диагноз поставлен верно
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Хорошо - диагноз неполный, не выставлен сердечно-сосудистый риск (4 очень высокий). Удовлетворительно - диагноз неполный, не выставлены артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка.
Р0	неудовлетворительно	Выставлены только диагнозы артериальной гипертензии 3 степени, гипергликемии натощак.
В	2	**Обоснуйте клинический диагноз**
Э	-	- Диагноз феохромоцитомы установлен на основании кризового течения артериальной гипертензии с подъёмами АД до 200/110 мм рт. ст., сопровождающимися характерной клиникой (головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью), продолжительностью от нескольких минут до 1 часа и самостоятельным прекращение криза. Диагноз подтверждается данными осмотра – кожа бледная, влажная, нормальные значения АД вне криза. - При обследовании выявлена гипергликемия натощак с повышение глюкозы сыворотки до 6,4 ммоль/л (что также характерно феохромоцитомы). - Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб пациентки на нестабильность АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение года); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема – 200/110 мм рт. ст. - Степень сердечно-сосудистого риска поставлена на основании наличия 3 степени АГ и субклинического поражения органов-мишеней – гипертрофии миокарда левого желудочка (на ЭКГ индекс Соколова-Лайона - 38 мм), факторы риска – семейный анамнез
Р2	отлично	Диагноз обоснован верно
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: нет обоснования степени сердечно-сосудистого риска (наличие 3 степени АГ и субклинического поражения органов-мишеней – гипертрофии миокарда левого желудочка (на ЭКГ индекс Соколова-Лайона - 38 мм), факторы риска – семейный

		анамнез). Удовлетворительно - ответ неполный: нет обоснования артериальная гипертензии (установлен на основании жалоб пациентки на нестабильность АД, данных анамнеза-пациентка отмечает повышение АД в течение года; установление степени АГ 200/110 мм рт. ст.), степени сердечно-сосудистого риска (3 степень АГ и субклинического поражения органов-мишеней – гипертрофии миокарда левого желудочка (на ЭКГ индекс Соколова-Лайона - 38 мм).
Р0	неудовлетворительно	Обоснование только феохромоцитомы.
В	3	**Составьте план обследования пациента**.
Э		- Всем пациентам с феохромоцитомой показано рассмотрение вопроса о проведении генетического обследования. Генетический поиск должен основываться на конкретных фенотипических признаках заболевания и данных семейного анамнеза. - Лабораторные исследования: исследование метаболитов катехоламинов (метанефрина и норметанефрина) в суточной моче, повышение которых свидетельствует о наличии гормонально активного образования мозгового вещества надпочечников; - Биохимические исследования: натрий и калий сыворотки крови, (исключение других причин повышения АД); тест толерантности к глюкозе, HbA1c (диагностика нарушений углеводного обмена); - ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата; - УЗИ надпочечников и парааортальной области для визуализации образования в проекции надпочечников, - КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования. - Консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.
Р2	отлично	План обследования составлен полностью верно
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный, не указан тест толерантности к глюкозе. Удовлетворительно - ответ неполный, не указаны ЭХО-КГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата) и консультация окулиста и проведение офтальмоскопии (для оценки наличия гипертонической офтальмопатии).
Р0	неудовлетворительно	Ответ неполный, только клинический минимум
В	4	**Перечислите принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии**
Э		Основной метод лечения: хирургический. Перед планированием операции проводится

		медикаментозное лечение, направленное на снятие симптомов криза, уменьшения тяжести проявлений заболевания. Для снятия пароксизмов, нормализации АД и купирования тахикардии назначают сочетание a-адреноблокаторов (феноксибензамин, тропафен, фентоламин) и b-адреноблокаторов (пропранолол, метопролол). Рекомендации по немедикаментозной терапии: ограничение тяжёлых физических нагрузок (возможны умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание), минимизировать стрессовые ситуации (при необходимости прибегнуть к помощи психотерапевта).
Р2	отлично	Принципы терапии составлены полностью верно
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указаны рекомендации по минимизации стрессовых ситуаций (при необходимости прибегнуть к помощи психотерапевта). Удовлетворительно - ответ неполный: не указаны рекомендации по немедикаментозной терапии (ограничение тяжёлых физических нагрузок, возможны умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, минимизировать стрессовые ситуации).
Р0	неудовлетворительно	Ответ неполный: указан только хирургический метод лечения
В	5	**Составьте план реабилитационных мероприятий**
Э		Частота рецидивов феохромоцитомы составляет около 12,5%. С целью раннего обнаружения рецидивов пациентке показано наблюдение эндокринолога и кардиолога с проведением обследования (для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через 2–4 нед после операции). Затем показано ежегодное лабораторное обследование для исключения рецидива и метастазирования, лечение сопутствующих заболеваний в рамках выявленных наследственных синдромов. Противопоказанные условия и виды труда: работа, связанная с физическим и умственным напряжением средней и тяжелой степени; напряжением брюшного пресса, вибрацией и воздействием профессиональных вредностей, работа в неблагоприятных микроклиматических условиях. Медикаментозная реабилитация: диетотерапия, медикаментозное лечение гипертензивных реакций и осложнений, заместительная терапия глюкокортикоидами после двусторонней адреналэктомии. Санаторно-курортное лечение оперированных больных в санаториях кардиологического профиля.
Р2	отлично	План реабилитационных мероприятий составлен полностью верно
Р1	хорошо/удовлетвор	Хорошо - ответ неполный: не указано, что для констатации

	ительно	успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через 2–4 нед после операции. Удовлетворительно - ответ неполный: не указано, что для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через 2–4 нед после операции и медикаментозное лечение гипертензивных реакций и осложнений.
Р0	неудовлетворительно	Не даны трудовые и медикаментозные принципы реабилитации
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Шапкина Л.А.

Ситуационная задача 2

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.53	Специальность «Эндокринология»
Ф	A. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
К	**ОПК-4**	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	**ОПК-5**	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	**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 реабилитации инвалидов
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
ТД	**А 01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
ТД	**А 02.8**	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
ТД	**А 03.8**	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов
И		Больная М. 56 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отёчность

		лица, запоры. Из анамнеза: считает себя больной в течение последних 5 лет, когда появилась слабость, запоры. К врачам не обращалась. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за последний год. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 163 см. Вес – 76 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Отмечается пастозность лица. плотные отеки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту, ЧСС - 55 в минуту, АД – 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 55в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не увеличена. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. При осмотре щитовидная железа не увеличена. При обследовании: клинический анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л (3,5-4,7×1012/л), гемоглобина - 100 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. Гормональные данные: ТТГ – 20,7 мкМЕ/мл , Т4 своб. – 8,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 20 Ед/мл (0-30). УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см3, структура диффузно-неоднородная.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
В	2	Перечислите причины развития заболевания
В	3	Составьте план обследования
В	4	Составьте и обоснуйте план медикаментозного и немедикаментозного лечения.
В	5	Составьте план реабилитационных и диспансерных мероприятий

Оценочный лист к ситуационной задаче № 2

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.53	Специальность «Эндокринология»
К	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
К	**ОПК-4**	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
К	**ОПК-5**	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
К	**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 реабилитации инвалидов
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
ТД	**А 01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
ТД	**А 02.8**	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
ТД	**А 03.8**	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
		Больная М. 56 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отёчность лица, запоры. Из анамнеза: считает себя больной в течение последних 5 лет, когда появилась слабость, запоры. К врачам не обращалась. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за последний год. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 163 см. Вес – 76 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Отмечается пастозность лица. плотные отеки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту, ЧСС - 55 в минуту, АД – 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 55в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не увеличена. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. При осмотре щитовидная железа не увеличена. При обследовании: клинический анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л (3,5-4,7×1012/л), гемоглобина - 100 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: желтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. Гормональные данные: ТТГ – 20,7 мкМЕ/мл , Т4 своб. – 8,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 20 Ед/мл (0-30). УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см3, структура диффузно-неоднородная.

В	1	**Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз**
Э		Первичный гипотиреоз, манифестный форма. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. - Диагноз гипотиреоз выставлен на основании данных анамнеза (больна около 5 лет), выделенных синдромов гипотиреоза: гипотиреоидная дермопатия (сухость, бледность кожи, выпадение волос), поражения нервной системы (астения, когнитивные нарушения), анемический синдром, сидеропенический синдром (бледность кожи, нарушение трофики кожи, снижение эритроцитов, гемоглобина, железа), синдром поражения пищеварительной системы (запоры). - Гипотиреоз манифестный: повышен ТТГ, снижен Т4 св (ТТГ – 20,7 мкМЕ/мл , Т4 своб. – 8,3 пкмоль/л). - Железодефицитная анемия выставлена на основании клинических показателей (бледность кожных покровов), лабораторных показателей (снижение уровня эритроцитов, уровень железа 5,5 мкмоль/л), степень тяжести анемии оценена по уровню гемоглобина (Hb-100 г/л).
Р2	отлично	Диагноз поставлен и обоснован верно
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный, не указана и не обоснована манифестная форма гипотиреоза (повышен ТТГ, снижен Т4 св). Удовлетворительно - ответ неполный, диагноз анемии не выставлен и не обоснован (выставлена на основании клинических показателей (бледность кожных покровов), лабораторных показателей (снижение уровня эритроцитов, уровень железа 5,5 мкмоль/л), степень тяжести анемии оценена по уровню гемоглобина (Hb-100 г/л).
Р0	неудовлетворительно	Выставлен только гипотиреоз.
В	2	**Перечислите причины развития заболевания**
Э	-	Основными причинами развития гипотиреоза являются: - Аутоиммунное поражение щитовидной железы (АИТ); - Наследственная предрасположенность; - Врожденная аномалия железы – ее уменьшение в размере; - Перенесенное хирургическое лечение железы; - Острый недостаток в организме йода в течение длительного периода; - Лечение зоба с помощью применения радиоактивного йода (йод-131); - Ионизирующее облучение железы; - Наличие опухолей железы; - Патологическое воздействие на организм некоторых лекарственных препаратов («Леводопа», «Парлодел», препараты серотонина и другие); - Наличие в организме инфекции – туберкулез, актиномикоз и других. У нашей больной вероятной причиной гипотиреоза является АИТ.
Р2	отлично	Причины основного заболевания полностью верны
Р1	хорошо/удовле	Хорошо – ответ неполный, не указан острый недостаток в

	творительно	организме йода в течение длительного периода. Удовлетворительно- ответ неполный, не указаны наследственная предрасположенность и врожденная аномалия щитовидной железы.
Р0	неудовлетворительно	Указан только АИТ
В	3	**Составьте и обоснуйте план обследования**
Э		- Липидограмма (на фоне гипотиреоза возможно повышение холестерина); - ЭКГ- оценка ритма и проводимости, для гипотиреоза характерна брадикардия; - Эхо-КГ- оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда при гипотиреозе. - ОАК на фоне лечения препаратами железа.
Р2	отлично	План обследования составлен полностью верно
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный, не указана ЭХО-КГ (оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда). Удовлетворительно - ответ неполный, не указаны липидограмма (возможно повышение холестерина) и ЭХО-КГ (оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда).
Р0	неудовлетворительно	Ответ неполный, только клинический минимум
В	4	**Составьте и обоснуйте план медикаментозного и немедикаментозного лечения.**
Э		- Диета при гипотиреозе основывается на исключение из рациона продуктов, богатых холестерином и насыщенными жирными кислотами. Кроме того, необходимо сократить до минимума употребление «быстрых» углеводов, трудно перевариваемых и повышающие секрецию в желудке продуктов. Исключаются из питания: острое, жирное, жаренное, копчености, пища быстрого приготовления (фастфуд), соления, соусы и маринады, выпечка, сахаросодержащие соки, шлифованный рис, алкогольные напитки, пшеничная и кукурузная мука. - Отказ от курения, которое часто является причиной опухолей не только щитовидной железы, но и всего горла. - Восполнение дефицита тиреоидных гормонов проводить Левотироксином 1,6 мкг/кг массы тела/сутки. Начинать с суточной дозы 50 мкг (молодой возраст и нет тяжелого поражения сердца) с последующим повышением дозы (в течение 1 месяца) до постоянной поддерживающей. Цель – достижение клинического эутиреоза и уровня ТТГ 0,5-1,5 мкМЕ/мл. Препараты железа (лечение ЖДА) до нормализации уровня гемоглобина.
Р2	отлично	План лечения полностью верный
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо – ответ неполный, не указаны целевые цифры ТТГ для решения вопроса об адекватности лечения. Удовлетворительно – ответ неполный, не указана схема титрации дозы левотироксина (начинать с суточной дозы 50 мкг с последующим повышением дозы в течение 1 месяца до

		постоянной поддерживающей).
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный, названа только заместительная терапия.
В	5	**Составьте план реабилитационных и диспансерных мероприятий**
Э		Лечебно-реабилитационные мероприятия направлены на компенсацию обмена тиреоидных гормонов, профилактику осложнений и сохранение работоспособности пациентов. В основе лечения гипотиреоза лежит постоянный прием заместительной гормональной терапии L-тироксином в адекватных (соответствующих возрастным и антропометрическим показателям) дозах под систематическим контролем уровней гормонов крови. Контроль ТТГ, Т4 св- на фоне терапии через месяц, при нормализации ТТГ – сначала 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год. Диспансерный учет осуществляется пожизненно и состоит в наблюдении эндокринолога и терапевта: 1 раз в 6 месяцев. При консультативном осмотре показано исследование липидов крови, контроль массы тела, АД. При легкой форме больные трудоспособны, при средней тяжести — ограниченно трудоспособны. Больным противопоказан тяжелый физический труд, работа в холодных помещениях, с профессиональными вредностями. В программе профессиональной реабилитации следует отметить, что при осложненном гипотиреозе противопоказан тяжелый физический и умственный труд со значительным нервно-психическим напряжением в неблагоприятных микроклиматических и метеорологических условиях, с воздействием токсических веществ, вибрации, работа на высоте, ночные смены, частые командировки; работа в экстремальных условиях, на движущихся механизмах, с предписанным темпом (конвейер), работы, требующие быстрого переключения внимания, принятия решения в условиях дефицита времени.
Р2	отлично	План реабилитационных мероприятий составлен полностью верно
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указаны мероприятия по диагностике осложнений гипотиреоза (исследование липидов крови, контроль массы тела). Удовлетворительно - ответ неполный: нет программы профессиональной реабилитации (при легкой форме больные трудоспособны, при средней тяжести — ограниченно трудоспособны, при осложненном гипотиреозе противопоказан тяжелый физический и умственный труд).
Р0	неудовлетворительно	Нет плана реабилитационных мероприятий
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	