

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: КАН СЕРГЕЙ ЛЮДОВИКОВИЧ
Должность: директор
Дата подписания: 04.07.2023 10:15:14
Уникальный программный код:
4cse1941193cc4692e1d3e0a4d7e266d9a846

Министерство здравоохранения Российской Федерации
**НОВОКУЗНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ – ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

ОДОБРЕНО

Учебно-методической комиссией
НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России
«11» апреля 2023 г. Протокол № 3
Н.С. Алексеева Председатель УМК
д-р мед. наук, доцент Н.С. Алексеева

УТВЕРЖДАЮ
Директор НГИУВ – филиала
ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России
д-р мед. наук, доцент
С.Л. Кан
2023 г.
Решение Ученого совета
от 16 мая 2023 г. Протокол № 5



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**выпускников основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы подготовки кадров высшей
квалификации в ординатуре по специальности
31.08.53 Эндокринология**

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

**Обязательная часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Новокузнецк, 2023

Состав рабочей группы

по разработке программы государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.53 «Эндокринология»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Маклакова Татьяна Петровна	Д.м.н., доцент	заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии	НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.	Каширина Евгения Петровна	К.м.н., доцент	доцент кафедры эндокринологии и диабетологии	НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
<i>по методическим вопросам</i>				
1.	Виноградова Елена Анатольевна		Начальник учебно-методического отдела	НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.				
3.				

Содержание

I. Общие положения

II. Требования к государственной итоговой аттестации

III. Государственная итоговая аттестация

IV. Критерии оценки ответа выпускника

V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 «Эндокринология» разработана на основании:

– Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (опубликован в издании «Собрание законодательства Российской Федерации», 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 1, ст. 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст. 78);

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 2 февраля 2022 г. № 100 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.53 «Эндокринология» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 14 марта 2022 г., регистрационный № 67711);

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 28.01.2014 № 31136);

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);

– Устава Академии;

– локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-эндокринолог.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы

высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 «Эндокринология» составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.5 «Эндокринология» должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-эндокринолога в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающиеся допускаются к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности 31.08.53 «Эндокринология». Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности 31.08.53 «Эндокринология». Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

- 1) междисциплинарного тестирования;
- 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям

образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.53 «Эндокринология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений навыками и опытом деятельности в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.53 «Эндокринология», и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации – врач-эндокринолог.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

- способностью критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);
- способностью к разработке и реализации проекта, управлению им (УК-2);
- способностью руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3);
- способностью выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);
- способностью планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5);

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **общепрофессиональными компетенциями** (далее – ОПК):

в деятельности в сфере информационных технологий:

- способностью к использованию информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдению правил информационной безопасности (ОПК-1);

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ОПК-2);

в педагогической деятельности:

– способностью к осуществлению педагогической деятельности (ОПК-3);

в медицинской деятельности:

- способностью проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);
- способностью назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы; контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);
- способностью проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ОПК-6);
- способностью проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7);
- способностью проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8);
- способностью вести медицинскую документацию и организовать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);
- способностью участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

- способностью проводить обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза (ПК-1);
- способностью назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контролировать его эффективность и безопасность (ПК-2);
- способностью проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ПК-3);
- способностью проводить медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы, медицинские осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы (ПК-4);
- способностью проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения (ПК-5);

- способностью проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ПК-6);
- способностью оказать медицинскую помощь в экстренной форме (ПК-7).

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным материалам фонда оценочных средств, разработанных в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.53 «Эндокринология» и размещенным в электронной информационной образовательной среде (далее – ЭИОС) Академии. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура междисциплинарного тестирования осуществляется в компьютерных классах.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Инструкция: выберите один правильный ответ

1. Какой целевой уровень НвА1с определяем у пациентов с впервые выявленным СД 1 типа

- А. НвА1с < 7,5%
 - Б. НвА1с < 6,5%
 - В. В зависимости от возраста
 - Г. В зависимости от калорийности пищи
 - Д. В зависимости от двигательной активности
- Ответ: Б

2. Из группы сартанов самую низкую почечную экскрецию имеет

- А. Телмисартан
- Б. Лозартан
- В. Кандесартан
- Г. Олмесартан
- Д. Валсартан

Ответ: А

3. Повышение уровня соматотропного гормона в крови наблюдается при:

- А. гиперкортицизме;
- Б. почечной недостаточности;
- В. голодании;
- Г. физической нагрузке;
- Д. все перечисленное

Ответ: Д

4. Клиническая картина несахарного диабета связана с абсолютной или относительной недостаточностью:

- А. тироксина;
 - Б. кортизола;
 - В. вазопрессина;
 - Г. окситоцина;
 - Д. альдостерона
- Ответ: В

5. При осмотре больных акромегалией характерные признаки:

- А. диффузная алопеция
 - Б. увеличение надбровных дуг, скуловых костей, нижней челюсти
 - В. гиперкератоз
 - Г. жирная себорея
 - Д. сигарообразные пальцы
- Ответ: Б

6. Наиболее частым симптомом гормонально неактивных аденом гипофиза с эндосупраселлярным ростом является:

- А. галакторея;
- Б. наличие зрительных нарушений;
- В. нарушение сна;
- Г. увеличение веса;
- Д. нарушения репродуктивной системы

Ответ: Б

7. Альдостерома – это опухоль коры надпочечника, продуцирующая в основном:

- А. адреналин;
- Б. альдостерон;
- В. андрогены;
- Г. глюкокортикоиды;
- Д. эстрогены

Ответ: Б

8. Диагноз первичного гиперальдостеронизма можно предположить при

- А. гипергликемии;
- Б. гиперкалиемии;
- В. повышенном уровне ренина;
- Г. спонтанной гипокалиемии;
- Д. судорожном синдроме

Ответ: Г

10. При феохромоцитоме наблюдается избыточная продукция гормонов:

- А. вазопрессин;
- Б. кортизол;
- В. альдостерон;
- Г. норадреналин

Ответ: Г

11. Показания к определению уровня метанефринов:
- А. артериальная гипертензия с кризовым течением;
 - Б. повышение АД после назначения β -адреноблокаторов;
 - В. лихорадка неясного генеза;
 - Г. любая форма артериальной гипертензии у детей;
 - Д. все перечисленное

Ответ: Д

12. Синдром Шмидта – это:
- А. сочетание первичной ХНН с сахарным диабетом 1-го типа;
 - Б. сочетание первичной ХНН с аутоиммунным тиреоидитом;
 - В. сочетание первичной ХНН с гипопаратиреозом;
 - Г. сочетание первичной ХНН с хроническим кандидозом кожи и слизистых;
 - Д. сочетание первичной ХНН с аутоиммунным гепатитом

Ответ: Б

Инструкция: выберите два правильных ответа

13. Диета больных гипокортицизмом должна включать:
- А. Легкоусваиваемые углеводы;
 - Б. сливочное масло;
 - В. поваренную соль 10 -15 г в сутки;
 - Г. продукты, богатые солями калия;
 - Д. диета не имеет значения

Ответ: А, В

14. Какой показатель используется для диагностики абдоминального-висцерального ожирения?

- А. Индекс массы тела;
- Б. отношение окружности талии к окружности бедер;
- В. окружность талии

Ответ: Б, В

15. Особенностями течения ИБС у больных СД являются:

- А. Одинаковая частота у мужчин и женщин;
- Б. развитие в более раннем возрасте;
- В. преимущественно однососудистое поражение;
- Г. очень высокая эффективность ЧКВ;

Д. низкий риск острого ИМ

Ответ: А, Б

16. У пациентов с СД 2 типа и ХСН препаратами первого ряда выбора являются:

А. Саксаглиптин

Б. Эмпаглифлозин

В. Метформин

Г. Росиглитазон

Ответ: Б, В

17. Сразу при постановке диагноза СД показан скрининг д/нефропатии:

А. больным СД 1 типа, заболевшим в пубертатном возрасте;

Б. больным СД 2 типа;

В. больным, заболевшим СД в раннем детском возрасте;

Г. только больным с выявленной д/ретинопатией

Ответ: А, Б

18. Обязательные лабораторные исследования при инциденталоме надпочечника у пациента без артериальной гипертензии:

А. определение суточной экскреции свободного кортизола с мочой

Б. большая дексаметазоновая проба

В. определение уровня альдостерона и ренина

Г. малая дексаметазоновая проба

Д. определение содержания метанефрина и норметанефрина в суточной моче

Ответ: А, Г

19. Лабораторными проявлениями гипопаратироза являются:

А. гиперкальциемия,

Б. гипокальциемия,

В. снижение уровня фосфата (фосфора) в крови,

Г. повышение уровня фосфата (фосфора) в крови,

Д. повышение суточной экскреции фосфора с мочой

Ответ: Б, Г

20. Использование расчетных методов определения СКФ некорректно:

А. при выраженном истощении, ожирении;

Б. у лиц старше 80 лет;

В. при приеме ингибиторов АПФ и сартанов;

Г. при приеме левотироксина

Ответ: А, Б

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Устное собеседование является одной из форм проведения государственного экзамена. Основой для устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника.
2. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника.
3. Ситуационная задача, выявляющая сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.53 «Эндокринология»

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника:

1. По каким критериям устанавливаются целевые значения гликемии для пациента?
2. Каков алгоритм медикаментозного лечения артериальной гипертензии при СД-2?
3. Перечислите основные классы сахароснижающих препаратов
4. Каковы критерии эффективности лечения ожирения
5. Каковы критерии ремиссии СД-2 частичной, полной и длительной после метаболической хирургии
6. Охарактеризуйте клинические, лабораторные и психосоциальные особенности сахарного диабета у пожилых пациентов
7. Какие сахароснижающие препараты относятся к первой линии терапии ХСН или риске ее развития у пациентов с СД-2 и от каких сахароснижающих препаратов следует воздержаться?
8. Каковы патофизиологические аспекты развития инсулинорезистентности? Какой опросник используется для оценки риска развития предиабета и сахарного диабета
9. Каковы критерии ремиссии пациентов после оперативного лечения кортикотропиномы?
10. Какие эндокринные нарушения могут быть в раннем послеоперационном периоде после аденомэктомии гипофиза?
11. Каковы этиология, патогенез, клиническая картина и как проводится диагностика синдрома приобретенного гипопитуитаризма взрослых?
12. Каковы классификация, этиология, патогенез и клинические проявления синдрома «пустого турецкого седла» и как проводится диагностика?

13. Охарактеризуйте синтез, метаболизм и биологические функции витамина D.
14. Как проводится диагностика дефицита /недостаточности витамина D?
Принципы лечения и профилактика недостаточности витамина D
15. Что такое «инциденталомы надпочечника» и какие морфологические и функциональные изменения при этом встречаются?
16. Как проводится диагностика хронической гипокальциемии?
17. Каковы факторы риска развития остеопороза (модифицируемые и немодифицируемые)?
18. Какова классификация остеопороза?
19. Каковы критерии ремиссии у пациентов после оперативного лечения кортикотропиномы?
20. Каковы классические и неклассические проявления феохромоцитомы?
21. Какова классификация первичного гиперпаратиреоза? Как проводится дифференциальный диагноз нормокальциемической формы первичного гиперпаратиреоза?
22. Каковы клинические особенности гиперпаратиреоза в составе МЭН -2?
23. Каков риск злокачественности новообразований щитовидной железы в соответствии с классификацией Bethesda Thyroid I -VI
24. Каковы группы динамической стратификации риска пациентов и их характеристика у прооперированных по поводу дифференцированного рака щитовидной железы (биохимическая ремиссия, биохимический рецидив, неопределенный опухолевый статус и структурный рецидив)?
25. Каковы особенности ведения беременных женщин с патологией щитовидной железы?
26. Каковы репродуктивные нарушения при заболеваниях щитовидной железы?
27. Каковы поражения сердечно - сосудистой системы при функциональных нарушениях щитовидной железы?
28. Каковы клинические проявления аутоиммунных полигландулярных Синдромов и принципы терапии пациентов?
29. Как проводится дифференциальный диагноз гестационного гипертиреоза и болезни Грейвса, впервые выявленной во время беременности?
30. Каковы показания к медикаментозному лечению первичного гиперпаратиреоза?

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника:

1. Составить план лечебно – диагностических мероприятий при йодиндуцированном тиреотоксикозе 1 и 2 типов.
2. Разработать план лечения пациентов с диффузным токсическим зобом в зависимости от степени тяжести тиреотоксикоза.
3. Составить протокол послеоперационного ведения пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы и медуллярным раком.
4. Составить план обследования пациента с подозрением на первичный гиперпаратиреоз.
5. Провести дифференциальный диагноз нормокальциемической формы первичного гиперпаратиреоза и вторичного гиперпаратиреоза.
6. Разработать план терапевтических мероприятий в раннем послеоперационном периоде после аденомэктомии для пациентов с первичным гиперпаратиреозом.
7. Разработать план консервативного лечения пациентов с первичным гиперпаратиреозом при категорическом отказе от операции.
8. Дать характеристику клинических проявлений гипопаратиреоза.
9. Составить план диагностических мероприятий при подозрении на гипопаратиреоз.
10. Составить план лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения пациента с макропролактиномой.
11. Разработать план лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения пациента с соматотропиномой.
12. Дать оценку инструментальным методам исследования при подозрении на аденому гипофиза.
13. Определить риски для пациента с соматотропиномой при консервативном ведении.
14. Определить риски для пациента с эндогенным гиперкортицизмом при консервативном ведении.
15. Составить план лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения для пациента при выявлении кортикостеромы.
16. Проведите диагностику системных осложнений эндогенного Гиперкортицизма.
17. Представьте классификацию синдрома гипокортицизма.
19. Проведите лабораторную диагностику первичной надпочечниковой недостаточности.
20. Проведите дифференциальный диагноз при первичной хронической надпочечниковой недостаточности.

21. Составить план лечения хронической надпочечниковой недостаточности в зависимости от степени тяжести заболевания.
22. Назначить обследование пациенту с 10-тилетним анамнезом СД-2 при регистрации во время приема АД = 160/95 мм рт. ст. и ЧСС – 68 в мин..
23. Составить план обследования пациенту с СД-2 для диагностики диабетической нефропатии.
24. Интерпретировать результаты лабораторных исследований пациента с СД 2 типа при подозрении на диабетическую нефропатию.
25. Проведите коррекцию сахароснижающей терапии пациенту с СД - 2 и прогрессированием д/нефропатии до стадии ХБП 3б (СКФ – 35 мл/мин).
26. Сформулируйте диагноз д/нефропатии в соответствии с классификацией ХБП по результатам обследования: СКФ – 66 мл/мин; альбумин/креатинина в утренней порции мочи – 330 мг/сутки.
27. Сформулируйте диагноз диабетической нефропатии в соответствии с классификацией ХБП по результатам обследования: СКФ – 30 мл/мин; альбумин/креатинин в утренней порции мочи – 32 мг/сутки.
28. Составить рекомендации по питанию пациента с ожирением 1 степени с учетом возраста, характера работы и предпочтений.
29. Составить план лечения пациента с ожирением и СД 2 типа, имеющего высокий СС риск.
30. Проведите анализ сахароснижающей терапии у пациента с ожирением и СД 2 типа, дайте обоснование выбору препаратов для интенсификации терапии.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

Ситуационная задача 1

Мужчина, 53 лет, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12,2 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) - 50,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Задание 1. (УК-1; ОПК-4,5; ПК-1,2)

- А. Предположить наиболее вероятный диагноз
- Б. Дать обоснование диагноза
- В. Определите целевой уровень HbA1c
- Г. Препараты какой группы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии?
- Д. Обоснуйте свой выбор.

Ответ.

А. Диагноз сахарный диабет 2 типа. Диабетическая непролиферативная ретинопатия правого глаза. Диабетическая нефропатия, ХБП С3а А2. Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск 4. Дислипидемия.

Б. Диагноз установлен на основании жалоб больного: сухость, жажда, полиурия, ухудшение зрения; данных анамнеза (пациент болен более 2 лет); лабораторных анализов: гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врача-окулиста. Диабетическая нефропатия ХБП определены по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертензии основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почки, сердце). Степень риска 4 – на основании наличия у больного сахарного диабета. Дислипидемия – гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, снижение уровня ЛПВП.

В. Пациенту среднего возраста с отсутствием атеросклеротических сердечно – сосудистых заболеваний и с отсутствием риска тяжелых гипогликемий установлен целевой уровень HbA1c < 7%

Г. Пациент нуждается в увеличении дозы метформина и его комбинации с препаратом класса иНГЛТ-2. Другая возможная комбинация: метформин и иДПП-4 или метформин и гликлазид МВ.

Д. Гипергликемия, наличие ХБП С3аА2, артериальная гипертензия определяют предпочтительный выбор в пользу комбинации метформина с препаратом класса иНГЛТ-2 с доказанным нефропротективным действием (дапаглифлозин, канаглифлозин или эмпаглифлозин). Возможна комбинация метформина с иДПП-4 или гликлазидом в связи с их нейтральным влиянием на функцию почек и сердечно – сосудистую систему.

Задание 2. (УК-1; ОПК-5; ПК-2)

- А. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы порекомендуете пациенту в составе комбинированной терапии?
- Б. Обосновать выбор антигипертензивного лечения.

Ответ.

А. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Возможна их комбинация с тиазидным или тиазидоподобным диуретиком.

Б. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – Лозартан.

Задание 3. (УК-1; ОПК-4; ПК-1)

А. Определите мониторинг пациента

Б. Дайте обоснование мониторинга

Ответ.

А. Клинические (общие) анализы крови и мочи; микроальбуминурия; самоконтроль гликемии (не менее 4 –х раз в сутки); HbA1c (1 раз в 3 месяца); биохимический анализ крови не реже 1 раза в год (белок, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочева кислота, креатинин, мочевины, калий, натрий, СКФ). Проведение ЭКГ; ЭХО–КГ, мониторинг АД для оценки стабильного повышения АД.

Б. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c исходно и для оценки эффективности терапии, общ. анализа мочи (кетонотелы; признаки воспалительного процесса), УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХО–КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторинг АД для оценки стабильного повышения АД.

Ситуационная задача 2

Больная Б., 19 лет, поступила в отделение эндокринологии с жалобами на отсутствие менструаций в течение двух лет, выделения из молочных желез, сухость во рту, постоянную жажду - выпивает до 4 л жидкости в сутки; периодическую головную боль, больше в глазницах, бесплодие в течение 2 лет, увеличение массы тела - за два года около 7 кг. Три года назад одновременно появились сухость во рту, жажда, прекратились менструации. Лечилась у гинеколога, назначался прогестерон внутримышечно, затем парлодел - 5 мг в сутки, нарколут, микрофоллин, на фоне которых в течение двух месяцев приходили менструации. При рентгенографии черепа патологии не выявлено, по данным КТ головного мозга, имеется эндоселлярная аденома.

Анализ мочи по Зимницкому - диурез -2250 мл, удельный вес - 1000 во всех порциях, кроме от 5 до 8 часов -1014 (1 капля адиуретина на ночь). Исследование гормонов в крови: пролактин - 2524 мЕд/л (норма - 41-613), ЛГ - 1,5 Ед/л (норма - 3,0-12), ФСГ - < 1,5 Ед/л (норма - 1,6-6,6), эстрадиол - 135 пмоль/л (норма - 110-550), тестостерон - 0,8 (0,8-2,7).

Задание 1. (УК-1; ОПК-4; ПК-1)

А. Выделите ведущие проявления заболевания

Б. Чем обусловлено развитие данных проявлений?

В. С какими заболеваниями следует дифференцировать несахарный диабет?

Ответ.

А. Гиперпролактинемический гипогонадизм и несахарный диабет

Б. Аденома гипофиза

В. С сахарным диабетом, психогенной полидипсией, компенсаторной полиурией в азотемической стадии хронического гломерулонефрита и нефросклероза; нефрогенным несахарным диабетом.

Задание 2. (УК-1; ОПК-5; ПК-2)

А. Определите тактику лечения пациентки

Б. Каков предположительный прогноз репродуктивной функции у пациентки

Ответ.

А. Консервативное лечение агонистами дофамина – Достинекс с титрованием дозы до снижения уровня пролактина. Лечение центрального несахарного диабета аналогами вазопрессина. При неэффективности консервативной терапии – хирургическое лечение (трансназальная аденомэктомия).

Б. При стойкой нормопролактинемии репродуктивный прогноз благоприятный, особенно в случае редукции микропролактиномы в течение 1-2 лет.

Примеры экзаменационных билетов для собеседования

Билет №1

1. В каких случаях диагностируется стойкий послеоперационный гипопаратиреоз и с какой частотой встречается и через какое время разрешается транзиторная послеоперационная гипокальциемия (транзиторный гипопаратиреоз)?

2. Определите показания для инсулинотерапии пациентам с СД 2 типа

3. Ситуационная задача

Пациентка А.П., 36 лет, жалуется на приступы резких головных болей, (при повышении АД до 250/120 мм рт. ст.), обильное потоотделение, слабость, сердцебиение. Из анамнеза: подобные приступы отмечаются в течение 3-х лет. В последнее время приступы участились, стали более продолжительными. При поступлении состояние средней тяжести, правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, на голенях, стопах, кистях, предплечьях, холодные на ощупь, влажные. Тоны сердца приглушены, артериальное давление 160 и 100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 98 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

На электрокардиограмме – синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 90 в минуту, отклонение электрической оси влево, депрессия сегмента ST. При ультразвуковом исследовании в области правого надпочечника обнаружено неоднородное нормоэхогенное образование до 30 мм в диаметре.

Задание

А. Ваш предположительный диагноз и его обоснование

Б. Составьте план обследования.

В. Дайте обоснование вариантам лечения пациентки

Ответ:

А. Кризовый характер течения и высокий уровень АГ у молодой женщины в сочетании с обильным потоотделением и сердцебиением, снижением массы тела и новообразованием в области правого надпочечника подозрительны на наличие феохромоцитомы.

Б. Показано дообследование лабораторное: определение свободных метанефринов в плазме или фракционированных метанефринов в суточной моче, определение в крови уровня хромогранина А, ренина, альдостерона;

инструментальное: СКТ надпочечников с контрастированием.

В. При подтверждении феохромоцитомы показано оперативное лечение. Предоперационная подготовка – назначение альфа-адреноблокаторов, коррекция гиповолемии, метаболических расстройств. При недостаточной подготовке высок риск периоперационного развития гипертензивных кризов, отека легких, острой левожелудочковой недостаточности, синдрома неуправляемой гемодинамики и внезапной смерти.

Билет №2

1. Приобретенный гипопитуитаризм взрослых: причины развития, основы диагностики и принципы лечения
2. Укажите показания для интенсификации инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа и перечислите рекомендуемые инсулины
3. Ситуационная задача.

Пациентка Л.Д., 40 лет, жалуется на повышение массы тела, головные боли, связанные с повышением артериального давления, жажду, резкую мышечную слабость. Из анамнеза: считает себя больной в течение 4 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Находится на учете у гинеколога по поводу нарушения менструальной функции.

Объективно: телосложение неправильное, отмечается похудание нижних конечностей и ожирение по абдоминальному типу. Кожа сухая, истончена с мраморным рисунком, определяются багровые полосы растяжения на животе, в подмышечных областях, на плечах и бедрах. Тоны сердца приглушены, отмечается акцент II тона на аорте. ЧСС 85 в мин. АД 180/120 мм рт. ст.

Глюкоза крови – 7,2 ммоль/л. Калий плазмы – 3,45 ммоль/л (N 3,5-5,3), кортизол крови – 800 нмоль/л (N 150-660).

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 75 в мин. Снижение и уплощение зубца Т в I, II, III отведениях. Проведены ультразвуковое сканирование и компьютерная томография надпочечников. При ультразвуковом исследовании в проекции верхнего полюса правой почки обнаружено однородное нормоэхогенное образование размером 3×4 см. Наличие данного образования подтверждено на компьютерной томографии.

Задание

- А. Ваш предположительный диагноз.
- Б. В каком дообследовании нуждается пациентка?
- В. Предполагаемая тактика ведения

Ответ.

А. Клиническая картина эндогенного гиперкортицизма, гипергликемия натошак, гиперкортизолемиа, артериальная гипертензия у пациентки с новообразованием правого надпочечника подозрительны на кортикостерому.

Б. Необходимо проведение малой пробы с дексаметазоном (ночной тест с 1 мг) и исследование уровня АКТГ крови в утренние часы. При отсутствии подавления кортизола - проба Лиддла.

В. Оперативное лечение с назначением заместительной терапии в послеоперационном периоде (риск развития криза острой надпочечниковой недостаточности в послеоперационном периоде).

Билет № 3

1. Гестационный сахарный диабет: критерии диагностики и тактика ведения, прогноз
2. Составить план диагностических мероприятий для пациента с подозрением на гиперальдостеронизм
3. Ситуационная задача

У больной П.Ю., 28 лет, сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели из-за работы приходится выполнять физические нагрузки и нарушился режим питания - невозможность перекусов. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приёмом пищи, содержащей много углеводов – сладкий сок, печенье.

Задание

- А. Предположите наиболее вероятный диагноз и его обоснование.
- Б. Определите причины гипогликемических состояний
- В. Дайте рекомендации пациентке по профилактике гипогликемических состояний.

Ответ.

А. Сахарный диабет 1 тип. Целевой уровень HbA1c < 6,5%. Гипогликемические состояния.

Диагноз сахарного диабет 1 типа поставлен в 25-летнем возрасте пациентки. (вероятнее всего в дебюте была яркая клиника, кетоацидоз, высокий титр суммарных/отдельных антител к структурам В-клетки). Больная получает интенсифицированную инсулинотерапию (сут. доза 32-46 ЕД). Целевой уровень < 6,5%, так как молодой возраст, нет тяжелых макрососудистых осложнений.

Б. Основная причина гипогликемических состояний – относительный избыток инсулина в организме по отношению к поступлению углеводов с пищей (нарушился режим питания) и ускоренной утилизации углеводов (мышечная работа).

В. Оптимизировать режим питания, не пропускать перекусы; перед предстоящей физической нагрузкой дополнительно съесть 1-2 ХЕ медленных углеводов, оптимально в сочетании с белком, усилить самоконтроль. Инсулин короткого действия предпочтительно заменить на ультракороткий.

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.

Хорошо – правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно - правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно - правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	Отлично
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	Хорошо
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы,</p>	Удовлетворительно

Характеристика ответа	Оценка
большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки	
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий</p>	Неудовлетворительно

4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Уровень	Характеристика
Высокий (системный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями
Средний (междисциплинарный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при нетипичности профессиональной задачи
Низкий (предметный)	Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

Алгоритмы специализированной помощи больным сахарным диабетом. Клинические рекомендации / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова – 10-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2021г.

Тактика врача-эндокринолога / под ред. акад. РАН И.И. Дедова, акад. РАН Г.А. Мельниченко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 314 с.

Эндокринология. Национальное руководство /под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.–1106 с.
Майоров А.Ю. Техника инъекций и инфузии при лечении сахарного диабета. Методическое руководство / А.Ю. Майоров, О.Г. Мельникова, О.М. Котешкова, И.В.Мисникова, Н.А. Черникова. - ООО «АРТИНФО», Москва, 2018 – 64 с.

Персонализированная эндокринология в клинических примерах / под ред. акад. Дедов И.И.. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 440 с.

Эндокринология. Фармакотерапия без ошибок: руководство для врачей / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко, М. В. Шестаковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 696 с.

Система поддержки принятия врачебных решений. Эндокринология. Клинические протоколы лечения, 2021 г.

Коптева Е.С. Нарушения секреции и патологии надпочечников / Е.С. Коптева, К.В. Устюгова., Е.В. Пономаренко // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 5-3. – С. 81-84

Акромегалия: клиническая картина, диагностика и лечение (учебное пособие) / О.В. Князева, Е.А. Пигарова, Л.К. Дзеранова, С.Ю. Воротникова, Н.Н. Молитвословова. – Москва: ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, 2021. – 32с.

Реброва Д.В. Клиническо-лабораторные особенности наследственных феохромоцитом и параганглиом. Проблемы Эндокринологии. 2022;68(1):8-17.
Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, акушерская тактика, послеродовое наблюдение (2020)

Клинические рекомендации. Сахарный диабет 2 типа у детей (2020)

Клинические рекомендации. Сахарный диабет 1 типа у взрослых (2019)

Клинические рекомендации. Сахарный диабет 2 типа у взрослых (2019)

Методическое руководство. Техника инъекций и инфузий при лечении сахарного диабета (2018)

Клинические рекомендации по диагностике и лечению дефицита тестостерона (гипогонадизма) у мужчин с сахарным диабетом (2017)

Клинические рекомендации. Сахарный диабет с поражением почек (2016)

Методическое руководство. Помповая инсулинотерапия и непрерывное мониторирование гликемии у пациентов с сахарным диабетом (2016)

Клинические рекомендации. Амиодарон-индуцированная дисфункция щитовидной железы (2021)

Клинические рекомендации. Гипотиреоз (2021)

Клинические рекомендации. Дифференцированный рак щитовидной железы (2020)

Клинические рекомендации. Острые и хронические тиреоидиты, исключая АИТ (2020)

Клинические рекомендации. Заболевания и состояния связанные с дефицитом йода (2020)

Клинические рекомендации. Диагностика и лечение врожденного гипотиреоза (2020) Клинические рекомендации по диагностике и лечению медуллярного рака щитовидной железы (2020)
Клинические рекомендации. Рак щитовидной железы (2018)
Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению высокодифференцированного рака щитовидной железы у взрослых (2017)
Клинические рекомендации. Остеопороз (2021)
Клинические рекомендации. Дефицит витамина Д (2021)
Клинические рекомендации. Гипопаратиреоз у взрослых (2021)
Клинические рекомендации. Первичный гиперпаратиреоз (2020)
Национальные рекомендации. Недостаточность витамина D у детей и подростков РФ (2018)
Клинические рекомендации. Первичный гиперальдостеронизм (2021)
Клинические рекомендации. Первичная надпочечниковая недостаточность (2021)
Клинические рекомендации. Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром) (2021)
Клинические рекомендации по аденокортикальному раку (2018)
Клинические рекомендации по диагностике и лечению несахарного диабета у взрослых (2018)
Клинические рекомендации. Ожирение у детей (2021)
Клинические рекомендации. Ожирение (2020)
Клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых (2018)
Клинические рекомендации по диагностике и лечению нейроэндокринных опухолей (2020)
Клинические рекомендации по диагностике и лечению медуллярного рака щитовидной железы (2020)
Клинические рекомендации. Мужское бесплодие (2021)
Клинические рекомендации. Синдром гипогонадизма у мужчин (2021)
Клинические рекомендации. Эректильная дисфункция (2019)
Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза Российские рекомендации (2020)
Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов (ЕАК) / национального общества по изучению атеросклероза (НОА, Россия) по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2020)

Дополнительная литература

Друг И.В., Нечаева Г.И.-Сахарный диабет 2 типа для кардиологов. Практическое руководство для врачей. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. – 207 с.
МакДермотт, М. Т. Секреты эндокринологии [Текст] / М. Т. Мак Дермотт ; пер. с англ. В. И. Кандрора. - 4-е изд. – М.: БИНОМ, 2017. - 584 с.

Осложнения сахарного диабета: лечение и профилактика / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017.

Эндокринная хирургия / под ред. И. И. Дедова, Н. С. Кузнецова, Г. А. Мельниченко. - М : Литтерра, 2014. - 344 с.

Информационный интернет - ресурс

Профессиональный стандарт «Врач-эндокринолог». Регистрационный номер 50591: Утвержден

приказом Минтруда от 14.03.2018

№132н. URL:<https://raeorg.ru/sites/default/files/all/News/17.01.17/Standart%20END-DIA2017.doc>

Вербовой А.Ф., Вербовая Н.И., Долгих Ю.А. Симбиоз кардиологии и эндокринологии. Медицинский совет. 2020;(14):80–89.

https://www.elibrary.ru/download/elibrary_44051962_49329354.pdf

Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 832 с. – ISBN 978-5-9704-5560-9 – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455609.html>

Савчук Н. О. и др. Особенности суточного профиля артериального давления и вариабельности сердечного ритма у больных артериальной гипертензией в зависимости от состояния функции щитовидной железы //Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21. – №. 4.

https://www.elibrary.ru/download/elibrary_37279012_95640847.pdf

Демидова Т.Ю., Кисляк О.А. Особенности течения и лечение артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Рациональная фармакотерапия в кардиологии// 2020;16(4):623-634

https://www.elibrary.ru/download/elibrary_44151005_15631539.pdf

1. Кривонос Н. Ю., Коломиец В. В. Диабетическая нефропатия и артериальная гипертензия. Актуальные вопросы нефропротекции //Университетская клиника. – 2020. – №. 4 (37). – С. 77-83.

<http://journal.dnmu.ru/index.php/UC/article/view/596/406>

Самохина Л. М., Топчий И. И., Кириенко А. Н. Кальций и фосфор при диабетической нефропатии в сочетании с артериальной гипертензией на фоне традиционной фармакотерапии //Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2019. – №. 2. – С. 49-53.

https://www.elibrary.ru/download/elibrary_38491883_76899545.pdf

Корбут А. И., Климонтов В. В. Эмпаглифлозин: новая стратегия нефропротекции при сахарном диабете //Сахарный диабет. – 2017. – Т. 20. – №. 1. <https://www.dia-endojournals.ru/jour/article/view/8005/6362>

Демидова Т.Ю., Кисляк О.А. Особенности течения и лечение артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Рациональная фармакотерапия в кардиологии// 2020;16(4):623-634

https://www.elibrary.ru/download/elibrary_44151005_15631539.pdf

Мкртумян, А. М. Неотложная эндокринология // А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 128 с. ДОП. - 128 с. URL:<https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970456156-002.html?SSr=010134622116454e0c8257f>

Фадеев В.В. По материалам клинических рекомендаций Европейской Тиреоидной Ассоциации по диагностике и лечению тиреотоксикоза при болезни Грейвса 2018 года // Журнал клиническая и экспериментальная тиреоидология.–2020.–Т16.–№1.URL: <https://www.cet-endojournals.ru/jour/article/view/12474>

Петров В.Г., Налаева А.А., Моложавенко Е.В., Ивашина Е.Г. Обзор зарубежных клинических рекомендаций по выполнению тонкоигольной аспирационной биопсии узлов щитовидной железы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2019. – Т15. – №3. URL: <https://www.cet-endojournals.ru/jour/article/view/10382>

Трошина Е.А., Мельниченко К.А., Сенюшкина Е.С., Мокрышева Н.Г. Адаптация гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем к новому инфекционному заболеванию — COVID-19 в условиях развития COVID-19-пневмонии и/или цитокинового шторма // Клиническая и экспериментальная тиреоидология.–2020.–Т16.–№1.URL: <https://www.cetendojournals.ru/jour/article/view/12461>

Александров Ю.К., Яновская Е.А., Шубин Л.Б. Эффективность стратификационных систем в диагностике узловых заболеваний щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 2019. – Т65. – №4. URL: <https://www.probl-endojournals.ru/jour/article/view/10087>

Киеня Т.А., Моргунова Т.Б., Фадеев В.В. Вторичный гипотиреоз взрослых: диагностика и лечение // Клиническая и экспериментальная. – 2019.–Т15. – №2. URL: <https://www.cet-endojournals.ru/jour/article/view/10303>

Лучевая диагностика заболеваний надпочечников – современный взгляд на проблему. Медицинская визуализация. 2021; 25 (2): 21–41. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-995>

Первичная надпочечниковая недостаточность: диагностика и менеджмент (по материалам 17th European Congress of Endocrinology, Dublin, Ireland 16-20 May, 2015) - Режим доступа: <https://doi.org/10.26442/20751753.2019.4.190311>

Лучевая диагностика заболеваний надпочечников – современный взгляд на проблему. Медицинская визуализация. 2021; 25 (2): 21–41. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-995>

Реброва Д.В. Клиническо-лабораторные особенности наследственных феохромоцитом и параганглиом. Проблемы Эндокринологии. 2022;68(1): 8 - 17.

Диагностика и лечение несахарного диабета у взрослых [Электронный ресурс]: Федеральные клинические рекомендации / Экспертный совет Российской ассоциации эндокринологов. - Электрон. дан. – Эндокринный научный центр – 2018г. – 44с. - Режим доступа: <http://www.endocrincentr.ru/>

Гиперпролактинемия [Электронный ресурс]: Федеральные клинические рекомендации / Экспертный совет Российской ассоциации эндокринологов. - Электрон. дан. – Эндокринный научный центр – 2021г. – 42с. - Режим доступа: <http://www.endocrincentr.ru/>

Инциденталомы гипофиза [Электронный ресурс]: Федеральные клинические рекомендации / Экспертный совет Российской ассоциации эндокринологов. - Электрон. дан. – Эндокринный научный центр – 2021г. – 46с. - Режим доступа: <http://www.endocrincentr.ru/>

Научная электронная библиотека: <http://www.eLibrary.ru>

Медицинская библиотека www.bibliotecar.ru/lechebnoe-pitanie

Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований» Стандарты медицинской помощи (болезни эндокринной системы)

<http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1>

Журнал Лечащий врач <https://www.lvrach.ru>

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России <http://www.femb.ru>

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

<https://www.endocrincentr.ru>

Сайт Российского кардиологического общества <http://scardio.ru>

Стандарты первичной медико-санитарной помощи

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoymediko-sanitarnoy-pomoschi>

Стандарты специализированной медицинской помощи

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standartypetsializirovannoy-meditsinskoj-pomoschi>

Порядки оказания медицинской помощи населению Российской Федерации

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/poryadki-okazaniya-meditsinskoypomoschi-naseleniyu-rossiyskoj-federatsii>